جامعة الجزائر
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة والإكتئاب عند المصابين بمرض الربو

– دراسة مقارنة بين ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية

مذكرة لنيل شهادة الماجستير
تخصص علم النفس الإجتماعي

إعداد السيدة :
عودية- ولديحي حورية

إشراف الدكتور :
رشيد مسيلي

السنة الجامعية:
2002 - 2001

1921

T4B,1581

فهرس العناوين :

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول : مرض الربو

الفصل الثاني : الإكتئاب

الفصل الثالث : الضغط النفسي والمقاومة

المبحث الأول : الضغط

المبحث الثاني : المقاومة

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الرابع : منهجية البحث

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج

- المراجع

- الملاحق

فهرس الجداول

كلمة شكر

أقدم أصدق و أخلص تشكراتي الى أستاذي الفاضل و المشرف على مذكرتي الدكتور رشيد مسيلي الذي لم يبخل علي بنصائحه القيمة و بتشجيعاته التي لم تتوقف طيلة مدة انجاز هذه البحث العلمي مع كامل احتراماتي.

أود أن أقدم أعمق وأخلص تشكراتي الى زوجي الكريم مولود على توجيهاته و تشجيعاته التي أنار بها درب هذا العمل مع كامل معاني العرفان على حسن تقديره للمجهود العلمي.

أقدم شكري الجزيل الى البروفيسور سليم نافتي رئيس مصلحة الأمراض التنفسية على التسهيلات والتوجيهات التي ساهم بتوفيرها لي خلال فترة انجاز العمل الميداني.

ولعل من أبسط مستلزمات الوفاء أن أقدم شكرا خاصا الى كل الطاقم الطبي لمصلحة الأمراض التنفسية على المساعدات التي وفروها لنجاح هذا العمل.

أخص شكرا جزيلا وتحية خالصة الى كل عينة البحث التي لولاها لما أنجزنا هذه الدراسة.

تشكرات مسبقة الى أعضاء اللجنة التي سوف تتفضل بمناقشة هذه المذكرة.

الإهداء

الى من أضائت تشجيعاتهم و توصياتهم درب حياتي فكانت مصدرا للطمأنينة و السعادة و الأمان ...

الى روح أبي الطاهرة الزكية أسكنه الله فسيح جناته ...

الى مثلي الأعلى من سلحتني بسلاح الصبر وعلمتني معنى المواضبة على الإجتهاد فكانت ينبوعا من الحنان والعطف أمي الحنون رعاها الله وأطال في عمرها وجزاها خيرا في الدنيا والآخرة ...

الى أحب وأصدق وأعز مخلوق الى قلبي زوجي الكريم مولود حفظه الله لي ورعاه ...

الى فلذة كبدي ابنتي الحنونة مريم حفظها الله لي و رعاها ...

الى اخوتي وأخواتي والصغيرين حمزة ونسرين ...

الى كل عائلة عودية صغيرا وكبيرا ...

الى صديقاتي وأخواتي صفية، حبيبة، نسيمة ونبيلة ...

الى كل أساتذتي في قسم علم النفس مع تحية عرفان، تقدير، واخلاص ...

الى كل شهيد ضحى في سبيل هذا الوطن العزيز ...

الى كل من يؤمن بأن العلم نور والجهل ظلام فيناضل بفكره ويجسد بقلمه ثمرة جهده حتى يبقى العلم كنزا لا يفنى أبدا ...

الى كل هؤلاء أهدي أغلى ثمرات تفكيري جعلها الله ثمرة مباركة وأرفقها بمثيلاتها انشاء الله

مقدمة

الإشكالية

فرضيات البحث

مقدمة:

يمر الإنسان المعاصر بمرحلة تطور سريع في كل المجالات خاصة المجال التكنولوجي الذي سخر للإنسان كل و سائل الراحة و المتعة، لكن بالمقابل زاد تعقد أسلوب معيشته و تفاقمت مشكلاته، و أصبح الضغط الذي يعيشه عنصرا متحركا مع الوقت و طابعا يصبغ حياته و سببا في تعاسته و شقائه. ولعل الأمراض السيكوسوماتية كمرض الربو من أخطر مخلفات هيمنة الضغط على حياة البشرية كلها. **(مقدم، 1993)**

و الواقع أن مرض الربو يندرج تحت طائفة الأمراض المزمنة بسبب طبيعته الإنعكاسية والأليمة من جهة وتكاليفه المادية و الإقتصادية التي تثقل ميزانية العائلات و الهياكل الصحية التي تضمن التكفل بالمرضى من جهة أخرى. **(جودارGodard و آخرون ، 1985)**

يشكل الإنتشار المذهل لمرض الربو مشكل بالغ الأهمية في العالم بأسره تعدت نسبته في " **فرنسا** " حسب الأستاذ "**برنار**" " **Bernard** " من **3%** سنة **1968** إلى **13%** سنة **1992** بمعدل يتراوح من **8%** إلى **10%** عند الطفل و هو ما يمثل **4** أطفال من بين **30** طفل متمدرس في كل قسم. **(برنارBernard، 2000 ، ص5)**

و قد أظهر التحقيق الوطني الصحي الذي أجري سنة **1990** من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية أن **الأمراض التنفسية تحتل المكانة الأولى في الجزائر**، و أكثرها تواترا داء **الربو.**

(أيت خالد Ait Khaled ، 1992) إذ أثار إنتشاره في مجتمعنا ردود أفعال جزائريين **أمثال الأستاذ " نافتي " " Nafti "** الذي صرح أن مرض الربو من الأمراض **الشائعة في عصرنا** الحالي تقدر نسبته في الجزائر بين **2%** و **5%** أي حوالي **500000** حالة من جميع الأعمار من بينها **350000** راشد أي ما يعادل **5000** حالة سنويا. **(نافتي Nafti و آخرون، 1998، ص24)**

كل ما سبق ذكره جعلنا ننظر إلى داء الربو على أنه مشكل الصحة العمومية، ليس لفرط انتشاره فقط، و إنما نظرا للتكاليف المادية التي يتطلبها علاجه ، وكذا إنعكاساته على الفرد ومحيطه.

ففي البلدان المصنعة أظهرت الدراسات العالمية مستوى كفاية معتبرة فيما يخص الهيمنة على الربو مقارنة بالبلدان السائرة في طريق النمو، إذ بلغت كل من نيوزلندا، أستراليا و جزر المالديف نسبة **5%** في درجة التحكم في هذا المرض، أما بلدان البحر المتوسط فقد بلغت نسبة سيطرتها عليه أقل من **2%**. **(فيالات Vialatte ، 1983)**

و يعتبرمرض الربوتناذر ذو سببية متعددة العوامل (**بريتي Pretet ، 1986**) منها العوامل الإستعدادية، سوابق الحساسية، العوامل المساعدة كالبيئة، التلوث،و التدخين وكذا العوامل النفسية.

يتجلى عامل الحساسية بأهمية كبرى، فقد أظهرت العديد من الدراسات وجود سوابق الحساسية لدى مرضى الربو و من بينها دراسة **"نرديادي " ' Nerdiadi ' و آخرون (1990)** و دراسة **"شيجينوبو " ' Shigenobu ' (1994)**.

و رغم أهمية الظاهرة و خطورتها في تطوير لاحق للربو فإنها لم تحض بالقدر الكافي من الإهتمام و لم تتعرض للبحث العلمي الذي تستحقه. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999**)

يظهر أن الإهتمام بالجانب العضوي لوحده لم يكف لأنه لم يصل إلى تقديم التفسير الكامل للربو. هذا ما دفع الباحثين إلى افتراض وجود أسباب نفسية تلعب دوراً مهما في تفجيره، قد تكون مرتبطة بعوامل شتى كالصدمات النفسية، الإحباطات المادية والمهنية و الإنفعالات..الخ. (**فيالات Vialatte، 1983)**

و كذا عوامل أخرى تساهم في تطوير مرض الربو منها الضغوطات و علاقاتها بالمرض ونوعية استراتيجيات المقاومة المستعملة، و الحالات الإنفعالية السلبية كالقلق و الإكتئاب و تأثيرها على الصحة الجسدية. إذ يشير **" زاريت " ' Zarit ' (1980)** في هذا الصدد إلى أن الضغط الناتج عن الإصابة بأمراض مزمنة يمكن أن يعجل بظهور تدهورات على مستوى الصحة تنعكس سلبياً على التوافق السيكولوجي مع المرض. (**شويتزر Schweitzer ، دانتزر Dantzer ، 1994)**

بناء على ذلك فإن من المصابين بالربو من يتوصل إلى مستوى من التوافق السيكولوجي مع المرض من خلال طريقة تعامل ملائمة مع الضغط الذي يشعرون به تحت تأثير وضعية المرض الضاغطة ووضعيات الحياة الأخرى الضاغطة، في حين قد يعجز الآخرين عن إيجاد طرقا ملائمة للتعامل مع تلك الضغوطات و الإنفعالات السلبية المترتبة عنها الأمر الذي قد يعزز و ضعهم النفسي المتأزم.

و من هذا المنطلق جاءت فكرة أهمية تناول علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة والإكتئاب من خلال دراسة مقارنة بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض بهدف الكشف عن الفروق الموجودة بين المجموعتين في بعض المتغيرات النفسية الإجتماعية التي تبدو كفيلة بالتأثير على المريض بالربو، و من بين هذه المتغيرات الضغط النفسي، الإكتئاب و المقاومة، و كذلك الكشف عن علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بالربو من المجموعتين.

و للتطرق إلى كل هذه الجوانب قسمنا البحث إلى بابين:

خصصنا الباب الأول للجانب النظري، و خصصنا الباب الثاني للجانب التطبيقي. فاستهل الباب الأول بمقدمة البحث، فإشكاليته ثم طرح مختلف فرضياته. و تضمن الجانب النظري ثلاثة فصول، تطرقنا في الفصل الأول منه إلى الجانب الطبي لمرض الربو من حيث تعريفه إكلينيكيا ووظيفيا، تعريف الربو الحساسي و مولداته، الأشكال العيادية للربو، أعراضه و الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو ثم عرض للعوامل المسببة للربو و التي تجمع بين عوامل الإستعداد و العوامل المساعدة، فمضاعفات الربو ثم الوفيات بسبب الربو في البلدان المصنعة والبلدان السائرة في طريق النمو فالعلاج الدوائي للربو و أخير تقديم بعض وجهات النظر النفسية في تفسير الربو.

بينما تضمن الفصل الثاني الإكتئاب، من خلال تعريفا ته، و صف أعراض التناذر الإكتئابي، أشكاله العيادية، مع التطرق إلى بعض التناولات النظرية في تفسير الإكتئاب، و أهم علاجاته وأخيراً و صف العلاقة بين الضغط، الإكتئاب و المناعة.

في حين شمل الفصل الثالث مبحثين خصص المبحث الأول للضغط و عرضنا فيه لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط عوامل غموضه، تعاريفه و مختلف التناولات النظرية للضغط. أما المبحث الثاني فشمل المقاومة، إذ تناولنا فيه تعريفها، بعض التناولات النظرية لمفهوم المقاومة ثم عرض أنواعها، ففعالية المقاومة على الصحة الجسدية، وأخيرا تطرقنا إلى دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من التوتر الانفعالي. وتضمن الباب الثاني الجانب الميداني للدراسة و يتكون من فصلين، خصصنا الفصل الأول منه لمهنجية الدراسة من وصف لمكان الدراسة، تصميم البحث، العينة و خصائصها، أدوات القياس المستعملة و عرض مختلف التقنيات المستعملة في المعالجة الإحصائية.

بينما خصصنا الفصل الثاني منه لعرض نتائج الدراسة ثم تحليلها و مناقشتها اعتمادا على ما توصلت إليه الدراسات السابقة في الموضوع. و أخيرا عرضنا خاتمة البحث و قدمنا بعض التوصيات و الاقتراحات التي تفتح آفاق البحث في الموضوع أمام الباحثين مستقبلا.

الإشكالية :

يلعب الجسد الدور الأول و الأساسي في نجاح حياة الفرد. فكل عنصر من جسدنا يؤدي دوره المنسوب إليه، ووظيفته المحافظة على الإتصال المستمر بين عالمنا الداخلي و العالم الخارجي. وعليه فإذا ألحق ضرر بعضو ما فإن هذا يؤثر حتما على الجانب الجسدي بشكل عام والجانب النفسي بشكل خاص. **(نافتي و آخرون Nafti et al، 1998، ص 23)**

تعمل الوظيفة التنفسية على تزويد الكائن الحي بالأكسجين. و ترتبط هذه الوظيفة الأساسية بمدى سلامة العضوية، و بمدى صحة مختلف التنظيمات الوظيفة للجهاز العصبي المركزي المرتبطة بمختلف الحالات النفسية، حيث يرتبط الزفير بالراحة، و يتعلق الشهيق بالحركة و النشاط.

كما تلتحم الأعراض التنفسية بالحالات الوجدانية للفرد، فالإنفعال يلهث والقلق يخنق، والمفاجأة تقطع النفس، والإكتئاب ينزع التنهيدات، في حين يصاحب الهدوء استقرار التنفس. **(أيت حمودة، 1999، ص4)**

و تتخلل الوظيفة التنفسية في بعض الحالات اضطرابات تجعل من التنفس عملية شاقة ومرهقة. ومن هذه الإضطرابات " **الربو** " الذي يعد من الأمراض الشائعة في عصرنا الحالي تقدر نسبة انتشاره في بلدان المغرب العربي حسب نتائج المؤتمر المغاربي للدراسة الوبائية للربو **(1986)** بين**5 %** و **12%** في حين تقدر نسبته في الجزائر بين **2%** و **5%** أي حوالي **500000** حالة من جميع الأعمارمن بينها **350000** راشد أي ما يعادل تقريبا **5000** حالة سنويا.

(نافتي و آخرون Nafti et al، 1998، ص24)

يتميز مرض الربو من الناحية الإكلينكنية بمجموعة نوبات ضيق تنفسية صفيرية تلقائية، ويعد من الناحية الوظيفية تناذرا إنسداديا تلقائي التغير، من خصائصه فرط في نشاط الشعب الرئوية تجاه المثيرات. **(هديبل، 1999)**

و يرى" **كوترو و آخرون**" " **Cottraux et al** " **(1981)** أن نوبة الربو تكون مصحوبة بنقص في قطر القصبات الهوائية الموجودة في الرئتين مع زيادة في الإفرازات المخاطية مما يجعل عملية التنفس صعبة و بالتالي يصبح الشهيق بطيئ أما الزفير فيتميز بالصفير.**(كوترو Cottraux، 1981)**

في حين يؤكد "**شاربن** " " **Charpin** " **(1986)** على أنه رغم التقدم الكبير في ميادين الرعاية الإجتماعية والصحية و في الطب الوقائي و العلاجي ، و كذا التقدم المتزايد للبحث في ميدان الربو ، الا آن العوامل المسببة له و المتحكمة في ميكانيزماته لا تزال غير محددة بدقة

ووضوح. (**شاربن Charpin، 1986، ص 10**)

وقـد توصـلت الهيـئة الـتربوية لأبحاث الأمراض الصدرية (**1984**) إلى أن الربو يعرف بالحساسـية التنفسية أحيانا، و ترى أنه أكثر تعقيدا من ذلك، و أن الحساسية ليست مصدرا له بقدر ما هي من بين مسبباته و ليست السبب الوحيد في كل الحالات. (**بوشارب، 1997**)

عـادة ما نجد سوابق حساسية عائلية مثل الربو و التهاب مخاطية الأنف و الطفح الجلدي، أو سـوابق شخصـية مـثل الإكزيما الإستعدادية التي تظهر خلال الطفولة الأولى و تختفي بمجرد أن يظهر الربو أو تتناوب معه. (**أيت حمودة، 1999، ص77**)

إن دور هـذه السـوابق تـم توضيحها في العديد من الدراسات. ففي دراسة أجرها " **براي** " **Bray" (1932)** " على عائلات تتميز بالحساسية توصل من خلالها الى أن عضو من عائلة ذات حساسـية لـه سـبعة إحتمالات أن يصاب بالربو بالمقارنة مع عضو من عائلة عادية.(**باريتي و شوبراك Bariety et Choubrac، 1961 ، ص 267**)

و فـي دراسة مسحية أجرها الباحث **تـريكو مساح** " **Trecumseh' " (1985)** " بمستشفى **Brompton** علـى مرضى الربو توصل من خلالها الى أن **70%** من المصابين صرحوا بوجود سوابق حساسية لديهم.

و قـد كشفت دراسة **'هلبرن و ريفيلارد' 'Halpern et Revillard' (1989)** " عن دور سـوابق الحساسـية في ظهور مرض الربو. (**هلـبرن و ريفيلارد Halpen et Revillard ، 1989**)

نظرا لكون مرض الربو مرض مزمن فإنه يشكل عوائق في حياة الشخص المصاب به تجعله فـي تبعـية دائمة للمحطين به من جهة، كما تجعله في حالة خضوع مستمر للفرقة الطبية بغرض المتابعة و تقديم العلاج الصارم الذي يتطلبه من جهة أخرى.

تؤكد " **أيت خالد** " **Ait Khaled" (1996)** " أن هذه التبعية تتسبب في عدم الرضا إذ **تجعل المصـاب به في حالة قلق ناتج عن عرقلة نشاطه اليومي، كما تشعره أنه فاقد لحريته و استقلاليته خاصة و أن مرضه يحمل في طياته تعقيدات و تطورات مرضية سريعة قد تكون خطيرة في بعض** الأحيان. (**أيت خالد Ait Khaled ، 1996**)

إلـى جانب المشاكل التي يطرحها مرض الربو، فإنه يشكل مصدر ضغط عال ينعكس على **نمـط حـياة المصـابين به، فيؤثر على سلوكهم و يجعلهم في حالة مواجهة شبه دائمة في التعامل** اليومـي مع ظروف الحياة. و كباقي الأمراض المزمنة و بدرجات متفاوتة يؤثر مرض الربو على

اليومـــي مع ظروف الحياة. و كباقي الأمراض المزمنة و بدرجات متفاوتة يؤثر مرض الربو على المعاش النفسي للمصاب به يترتب عنه مشكلات نفسية كالقلق، الخوف، الأرق و الاكتئاب. (**هلبرن ريفيلاردHalpern et Revillarrd ، 1987)**

كشفت دراسة " **يلوليس Yellowless و آخرون** " **(1987)** أن القلق و الإكتئاب من أهم الأعراض النفسية المميزة لمرضى الإنسداد المزمن للممرات التنفسية. **(يلوليس Yellowless وآخرون ، 1987، ص349)**

وحسب " **كلينرت Klinnert و آخرون** " **(1994)** يعد الضغط عامل منبئ بظهور الربو خاصة عند الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية للمرض. كما أكد "**هربرت** " " **Herbert (1994)** على وجود علاقة بين الضغط و الإصابة بالمرض، إذ يرى أن الضغط يؤدي إلى الحالات الإنفعالية السلبية كالإكتئاب التي تؤثر بدورها على الصحة الجسدية. **(كوهين Cohen، 1994)**

و في هذا الصدد يرى " **باك** " " **Beck** " **(1967)** أنه إذا كان المرض العضوي خطيرا ومزمنا، فإنه يؤدي حتما إلى الإصابة بالإكتئاب، و يرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي تظهر نتيجة هذا المرض. **(عطوف، 1981)**

أما " **سيليجمان** " " **Seligman** " **(1975)** فتوصل إلى أن السبب الرئيسي لظهور مشاعر العجـــز و الـــيأس هو غياب القدرة على التحكم في الحوادث و ليست الحوادث ذاتها المسؤولة عن ذلك. **(كوتروCottraux، 1990)**

انطلاقـــا مـــن المعطيات السابقة و اعتمادا على نموذج " لازاروس " "Lazarus " الخاص "بالضغط و المقاومة " نستخلص أن مرض الربو يشكل مصدر ضغط نفسي يفرض على المصابين به استعمال استراتيجيات مقاومة معينة ضد المرض. و هذا ما أكده " **Lazarus** " **(1966)** بقوله **: " أن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض ترتبط إلى حد كبير بنوع الإستجابة التي** يبديها الشخص المريض في تعامله مع الضغط الناتج عن وضعية المرض و المعبر عنها بمصطلح " **Coping strategies** ". **(فولكمانFolkkman، 1984)**

و حسب " **لازاروس** " "**Lazarus** " **(1988)**، تعتبر الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضـــاغط المؤثـــر الأول علـــى الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته. **(لازاروس Lazarus ، 1993)**

فـــي هـــذا الصدد يرى " **كوراز** " " **Corraze** " **(1998)** أن التفكير التشاؤمي يمثل عامل خطر سيكولوجي بالنسبة للعضوية. **(دانتزر و شويتزرDantzer Et Schweitzer ، 1994)**

و توصل" لومبومرسكي و هوكسيمة " " **Lumbomirsky et Hoeksema** " **(1993)** إلى أن التفكـــير غـــير المتكـــيف يســـاعد فـــي تـــأزم الوضـــع الاكتئابـــي أكـــثر فأكـــثر. **(موس و فالنتير Moos et Valentiner ، 1994)**

و بـــناءا علـــى مـــدى تكـــيف الأفـــراد مـــع ظروف الحياة الضاغطة ميزت " **شوفريي** " " **Chevrier** " **(1994)** بين " **فئة فعالة التكيف**" تقاوم و تواجه ظروف الحياة بطريقة فعالة و فئة تقاوم " **بطريقة غير فعالة** " يترتب عنها الشعور باليأس و العجز. و يشير" **ديماتيو**" "**Dimatteo**" **(1991)** إلـــى أن استراتيجية ما تكون فعالة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من فعل العدوان الذي يهدد صحته الجسدية و النفسية. **(دانتزر و شويتزر Dantzer et Schweitzer ، 1994)**

و استنادا على كل ما سبق ذكره نطرح التساؤلات التالية:

1. هـــل توجـــد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض؟
2. هـــل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض؟
3. هـــل توجـــد فـــروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض؟
4. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ؟**
5. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات** المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض ؟
6. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة** الاكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض؟
7. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطيه موجبة و ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة** الاكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض؟
8. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة وشدة** الاكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ؟
9. **هـــل توجـــد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة وشدة** الاكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض ؟

فـــرضيــــــــات البحــــــث :

و كاقتراح مبدئي إلى حين إثبات صحته أو عدمه فقد كانت فرضيات البحث كالتالي:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.
2. توجــد فـــروق ذات دلالـــة إحصائية في شدة الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض.
4. توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
5. توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.
6. توجد علاقة ارتباطيه موجبة وذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
7. توجد علاقة ارتباطيه موجبة وذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.
8. توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
9. توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الاكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

مرض الربو

- تمهيد

1 – مفهوم الربو

1 – 1 – لمحة تاريخية عن مفهوم الربو

1 – 2 – تعريف الربو من الناحية الطبية

2 – مفهوم الربو الحساسي

2 – 1 – ميكانيزم الربو الحساسي

2 – 2 – مولدات الحساسية

3 – الأشكال العيادية للربو

3 – 1 – التصنيف حسب السن والتطور

3 – 2 – التصنيف حسب الشدة والمدة

3 – 3 – التصنيف حسب درجة خطورة النوبات

4 – الأعراض العيادية للربو

5 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو

5 – 1 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة الخفيفة

5 – 2 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة المتوسطة

5 – 3 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة الحادة

5 – 4 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لتوقف التنفس المداهم

6 – العوامل المسببة للربو

6 – 1 – عوامل الإستعداد للربو

6 – 2 – العوامل المساعدة

6 – 3 – العوامل النفسية

7 – مضاعفات الربو

7 – 1 – المضاعفات الحادة

7 – 2 – المضاعفات المزمنة

7 – 3 – المضاعفات الخارجية

8 – الوفاة بسبب الربو

8 – 1 – الوفاة بسبب الربو في البلدان المصنعة

8 – 2 – الوفاة بسبب الربو في البلدان السائرة في طريق النمو

9 – العلاج الدوائي للربو

10 – وجهاة النظر المختلفة في تفسير الربو

10 – 1 – وجهة نظر التناول السيكوسوماتي

10 – 2 – وجهة نظر التناول التحليلي

10 – 3 – وجهة نظر التناول السلوكي

تمهيد :

تمر الجزائر بمرحلة انتقالية فيما يخص الأوبئة **(Une période de transition épidémiologique)** والدليل على ذلك استمرار بعض الأمراض المميزة للدول الفقيرة كمرض **السل (La tuberculose)** و ظهور أمراض الدول المصنعة كمرض الربو**(L'asthme)**.

اذ توصل التحقيق الوطني حول الصحة سنة **1990** الى أن نسبة الأمراض التنفسية في الجزائر تصل **18.4 %** ويمثل الربو **50 %** من هذه الأمراض أي بنسبة **10.1%** من النسبة الكلية.

وتعتبر نوبة الربو من المضاعفات الأكثر انتشارا، وهي تمثل السبب الرئيسي لطلب الفحص واللجوء المستمر الي مصلحة الإستعجالات، بحيث وصلت نسبة طلب الفحص على مستوى الإستعجالات بسبب الربو في كل من العيادة المتعددة الخدمات ببراقي والعيادة المتعددة الخدمات بباش جراح في سنة **1996** الى **13.6%** و**17.4 %** على التوالي. ان هذه الأرقام لدليل حي على ضرورة توظيف أحسن سبل الكفالة بشريحة المصابين بالربو. ولهذا الغرض تم خلال العشرية الأخيرة تقنين عدة اتفاقيات **(Consensus)** حول الربو عند كل من الطفل والراشد ولكن للأسف تبقى كل التوجيهات التي انتهت اليها هذه الإتفاقيات والتي تعتبر ثمرة تجربة طويلة موجهة للدول الغنية التي تتوفر عندها وسائل التشخيص والعلاج. **(شهاب Chiheb، 2000)**

1 – مفهوم الربو :

1 – 1 – لمحة تاريخية حول مفهوم الربو:

الربو **(L'asthme)** كلمة يونانية تعني "تنفس قصير" أو"تنفس بجهد" استعملت عدة قرون لتشير الى تنفس صعب. وفي القرن 16 حل محل كلمة الربو كلمة ضيق التنفس، لكن لوحظ أن كل النوبات ليست متماثلة، فعند بعض المرضى لا يصاحب الإختناق سرعة في التنفس بل يصاحبها تباطؤ في التنفس وهو ناتج عن صعوبة قصوى في الزفير، وعلى مثل هذه النوبات أطلقت تسمية "**الربو**".

وفي بداية القرن 19 كتب" **لينك** " " **Laennec** " عن حالات النزلة (التهاب الأغشية المخاطية مع افراط في الإفراز) التي تظهر على شكل نوبات اختناق جد خطيرة والتي تستحق اسم "الربو" وتدوم عادة عدة أيام. **(نقلا عن أيت حمودة ،1999)**

1 – 2 – تعريف الربو من الناحية الطبية :

تعرف المنظمة العالمية للصحة **(O.M.S)** **(1975)** الربو على أنه:

" اصابة التهابية تتميز بنوبات عسر التنفس نتيجة لعدة عوامل مختلفة أو خلال التدريب، مصحوبة بعلامات اكلينيكية كدليل على انسداد كلي أو جزئي في الشعيبات الهوائية قابل للانقلاب ما بين النوبات." **(لاميناجي Lamenager وبران Brun ، 1980)**

أما الإتفاقية العالمية حول التكفل بمرض الربو **(1996)** فتعرف الربو على أنه :

« اصابة التهابية في المسالك الهوا ئية باشتراك العديد من الخلايا لاسيما من نوع "**ماستوسيت**" " **Mastocytes** "، " **ايوزينوفيل** " " **Eosinophiles**" و"**ت.لمفوسيت** " **T.Lymphocytes**" ". فعند الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي لهذا المرض يولد الإلتهاب تكرار نوبات من الصفير" **Sifflements** "، من عسر التنفس" **Dyspnée** "، ضيق في التنفس" **Gène Respiratoire** "، وكذا السعال خاصة في الليل و/ أوفي الصباح الباكر.

وعادة ما تكون هذه الأعراض مرتبطة بانسداد واسع في القصبات الهوائية وحدتها متغيرة قد تختفي بشكل تلقائي أو تحت تأثير العلاج. يولد هذا الإلتهاب أيضا زيادة في النشاط الرئوي كنتيجة لتدخل مثيرات متنوعة. » **(أيت خالد Ait Khaled ، 1999، ص5)**

ويعرف " **شاربان** " " **Charpin** " الربو من الناحية الوظيفيةعلى أنه:

" تناذر انسدادي متغير يتميز بفرط نشاط الممرات الهوائية وبالأخص الشجرة الشعبية تجاه مثيرات مختلفة." **(شاربان Charpin، 1986)**

2 – مفهوم الربو الحساسي : L'asthme allergique

عرف " **كنيث** " " **Knight** " الربو الحساسي على أنه "مرض فصلي أو متناوب يظهر عندما تكون المادة التي يكون لها الشخص حساسا موجودة في الهواء.

واذا تعلق الأمربمواد موجودة على طول السنة في الهواء مثل: شعرالحيوانات والغبار المنزلي أوالمواد الكيماوية في مقر العمل، فان النوبات الربوية تحدث عندها في كل الفصول. **(كنيث Knight، 1984)**

بينما يرى" **لميناجي**" " **Lamenager** " و" برون" "**Brun**" أن الربو الحساسي يمس الشخص الشاب، ويتميز بنوبات عابرة ذات عسرتنفسي صفيري يستغرق وقتا متغيرا عادة ما يكون موجز. ويشير هذان الباحثان الى أن الربو الحساسي يظهر على أرضية استعدادية أتوبية، ويعبرعن استجابة مناعية أي افراز الغلوبينات المناعية من النوع "**Ige**" "**Immunoglobulines Appelées Ige**" وهي أجسام مضادة **Anticorps** من طبيعة بروتينية. **(لاميناجي Lamenager، وبرونBrun، 1980)**

أما "**جيل**" "**Gell**" و " **كومبز**" " **Coombs** " فيعتبران الربو الحساسي بمثابة رد فعل ناتج عن مولدات مضادة متعددة كالغبار واللقاحات ... الخ.

2 – 1 – ميكانيزم الربو الحساسي :

يشير"**جيل**" "**Gell**" و " **كومبز**" "**Coombs**" الى وجود ميكانيزمات مناعية تتدخل في الربو الحساسي، وهي في نظرهما استجابة مباشرة لها علاقة بتركيب مفرط للغلوبيلينات المناعية من النوع "**Ige**". بناءا على ذلك يعتبران الربو تعبير اكلينيكي عن الحساسية، وهوناتج عن الصراع مولد مضاد - جسم مضاد. يوجدالمولد المضاد في البيئة وغالبا ما يتم استنشاقه، أما الأجسام المضادة المتمثلة في الغلوبينات المناعية "**Ige**" خاصة فموجودة في الدم وبالأخص تلك المثبتة على سطح الخلايا الشعبية المستهدفة.

ينجر عن الصراع مولد مضاد – جسم مضاد تحرير وسائط كيماوية **كالهيستامين** التي تؤدي الى ظهور عوامل الإنسداد الشعبي بما في ذلك انتفاخ الغشاء المخاطي، انقباض وتشنج الألياف العضلية الملساء وفرط في افراز المادة المخاطية. **(شاربان Charpin، 1984)**

2 – 2 – مولدات الحساسية : Les allergènes

تطلق تسمية مولدات الحساسية على كل المواد الغريبة التي قد تدخل الى العضوية، والتي تؤدي الى احداث تظاهرات الحساسية المختلفة. وهناك أنواع كثيرة من مولدات الحساسية ونميز من بينها ما يلي :

2 – 2 – 1 – مولدات الحساسية المنزلية : Allergènes domestiques

وتشمل كل من غبار المنزل، القرديات **Les Acariens** و ريش وأوبارالحيوانات.

2 – 2 – 1 – 1 – غبار المنزل والقرديات :

من بين أسباب **التلوث** المنزلي " **غبار المنزل** " الذي يلعب دورا مهما في الكثير من حالات الربو عند الطفل **نظرا لتعقيده ومكوناته المختلفة التي تذكر من بينها القرديات Les acariens ومن أكثرها انتشارا نجد : " ديرماتو فاجوييد فارينا " " Dermatophagoides Farinae"، " ديرماتوفاجوييد بتيرونيسيموس" "Dermatophagoides Pteronyssimus" و"اوروجليفوس مايني" " Euroglyphus Maynei"، هذه الأخيرة التي تتطور بشكل مستمر على مستوى عدة الفراش ولوازمه ،هذا ما يفسر الطابع الليلي للربو.**

كما أن استعمال جهاز التدفئة المنزلي خلال فصل الشتاء يساعد على تكاثر القرديات وبالتالي تعزيزحدوث نوبات الربو . وعليه فان اطفاء المدفئة في فصل الربيع ، يفسر انخفاض شدة حالات الربو الناتجة عن الحساسية للغبار و اختفائها بشكل واضح في فصل الصيف .

وأمام هذا المولد للحساسية **Acarien** الذي يصل حجمه الى **500** وحدة في**1** غرام من غبار المنزل هناك احتمال كبير لتعرض المصاب بالربوالى نوبة ربوية عنيفة.

نظرا لذلك فان هناك عدة "اجراءات وقائية" اقترحت لتخفيض عدد هذه القرديات في البيئة وبالتالي تقليص النوبات التي تنتاب المريض ، ومن بينها نميز:

- تخفيض درجة الرطوبة المنزلية.
- التهوية اليومية للغرف ولعدة السرير.

والجدير بالذكر أن نوبات الربو قابلة للتحسن في المرتفعات أين تكون القرديات أقل غزارة.

(فيالات Vialatte، 1983، ص26)

2 – 2 – 1 – 2 – شعر وريش الحيوانات :

يعتبر ريش وشعرالحيوانات بما في ذلك الحيوانات المنزلية (القط، الأرنب، الكلب) من بين مولدات الحساسية التنفسية المسؤولة عن **10** الى**60 %** أن حالات الربو. وفي الكثير من الأحيان تشترك مع مولدات حساسيةأخرى كغبارالمنزل مما يؤدي الى احداث نوبات ربو حادة. كما يلعب الإحتكاك بحيوانات أليفة اخرى من نوع الأحصنة ،البقر ،أو الدواجن دورا لا يستهان به في ظهور الحساسية وبالتالي احداث نوبات الربو.

بالإضافة الى ذلك فان استعمال شعر وريش الحيوانات في صنع بعض الألبسة، كمعاطف الفرو وبعض لعب الأطفال ،قد يزيد من الحساسية التنفسية عند المصابين بمرض الربو. **(فيالات Vialatte، 1983، ص27)**

ويعتبر الريش الموجود في الوسادة أيضا كعامل مفسر لحدوث نوبات الربو في الليل. اذ قد يتعلق الأمر بحساسية لنوع معين من الريش كريش البط أو بحساسية متشابكة مرتبطة بأنواع مختلفة. لذلك فلتجنب مثل هذه المشاكل ينصح المصابين بالربو باستعمال الإسفنج بدلا من الريش. **(تونوTunon، 2000)**

2– 2 – 2 – مولدات الحساسية الجوية : Allergènes atmosphériques

وأهمها اللقاحات **(Les Pollens)** والعفن الفطري **(Les Moisissures)** وهي من بين مولدات الحساسية الطبيعية التي تنتقل عن طريق الهواء.

2 – 2 – 2 – 1 – اللقاحات : Les pollens

تلعب العديد من اللقاحات دورا مهما في توليد الحساسية ،وهي غالبا ما تكون مسؤولة عن ظهور وتكرار نوبات الربو.وتعتبر اللقاحات الصغيرة الحجم سهلة الدخول الىالمجاري التنفسيةمقارنة بغيرها،اذ نميز من بينهااللقاحات الريحية التلقيح**(Anémophilie)**،كلقاح الاشجار ولقاح الاعشاب. عموما تعتبراللقاحات مسؤولة عن حالات الربو الربيعية والصيفية. **(ميشال Michel، 1995)**

2 – 2 – 2 – 2 – العفن وأبواغ الفطريات :

Moisissures et spores de champignons

يطلق مصطلح العفن على مختلف الفطور التى تتمتع بقدرة علىتوليد الحساسية من خلال أبواغها (**Spores**) المبعثرة في الهواء.وهي جزيئات ذات حجم صغيريتراوح من **3** الى**10** ميكرومتر تتسرب بعمق في الجهاز التنفسي محدثة التهابات مخاطية الانف وحالات الربو.

وقد توصل معهد باستور(**L'institut Pasteur**) الى تحديد أكثرها انتشارا بحيث لخصها في الأنواع الأربعة التالية :

أ- عفن المنازل الرطبة : Moisissures des maisons humides

ونجده تحت الاشكال التالية :

Alternaria، Aspergillus، Pénicillium...الخ.

ب- العفن الجوي : Moisissures atmosphériques

ونجده تحت الأشكال التالية:

Mucor، Rhizopus، Botrytis...الخ.

ج- عفن البضائع : Moisissures de décharges

ونجده تحت الاشكال التالية:

Sitophylia، Neurospora، Chaetomium، Pollularia...الخ.

د- العفن الريفي : Moisissures rurales

ونجده تحت الأشكال التالية:

Epicoccum ، Trichothecium...الخ. (فيالات Vialatte، 1983)

2 – 2 – 3 – مولدات الحساسية المهنية: Allergènes professionnelles

توصلت دراسة كل من " **شينمان** " "**Scheinmann**" و" **دوبليك** " " **Deblic** " الى أن **10 %** من حالات الربو التي تظهر في سن الرشد مصدرها مهني.

كما يرى كليهما أن جميع المهن التي تجعل المصاب بالربو عرضة لمولد الحساسيةالمسؤول عن حدوث النوبة يجب الإبتعاد عنها. (**شينمان Scheinman، دوبليك Deblic، 2000،ص15**)

ففي المهن الريفية مثلا نميز بعض هذه المواد المولدة للحساسية كأغذية المواشي و المواد الكيماوية الموجودة في الأسمدة.

وفي المهن الصناعية نميز الغازات "**كأكسيد الكاربون**" و"**الفورمول**" وكذا " **النيكل** " و" **الكروم**"، هذه الأخيرة التي تعمل على اثارة المخاطية التنفسية.

أما في المهن الحرفية فنميز الطحين (**La farine**)، فرو الحيوانات والخشب... الخ.

2 – 2 – 4 – مولدات الحساسية الغذائية : Allergènes alimentaires

تحتوي الأغذية على العديد من المواد المولدة للحساسية، نميز من بينها السمك، البيض، الفراولة، الطماطم، الشكولاطة، والحليب بجميع مشتقاته التي تعتبر موادا لايستهان بدورها في تطوير نوبات الربو. **(فيالات Vialatte، 1983، ص37)**

كما أن الحمية الغذائية المتضمنة لمثل هذه الأغذيةالمسببة للحساسية الغذائية قد تؤدي الى حدوث نوبات الربو عند الأفراد المصابين بالمرض.

2 – 2 – 5 – مولدات الحساسية الدوائية : Les allergènes médicamenteux

ان تناول الأفراد الذين يعانون من الحساسية الدوائية لبعض الأدوية كالأسبرين، والبينيسلين يؤدي الى ما يسمى بحالات الربو الدوائي.

وتعتبر حالات الربو الناتجة عن تناول الأسبرين من أكثر الإصابات خطورة. **(أيت خالد Ait Khaled، 1996)**

3 – الأشكال العيادية للربو : Les formes cliniques de l'asthme

يأخذ مرض الربو أشكالا متعددة مما أدى الى تصميم تصنيفات مختلفة من طرف العديد من الباحثين. اذ نجد من صمم تصنيفه على أساس السن كتصنيف كل من " **تروسو**" **Trousseau**" " و"**بارو**" " **Parrot** " اللذان ميزا بين مختلف الأشكال العيادية عند الراشد.

نجد ايضا تصنيف آخر للربو عند الطفل حسب المراحل التطورية، و كذا تصنيفات أخرى قائمة على أساس الشدة والمدة والأسباب المفجرة. **(ريس Rees و بريسPrice، 1989)**

أما عن آخر ما توصلت اليه البحوث العلمية فنلتمسه من خلال ما ورد في الإتفاقية العالمية حول التكفل بمرض الربو سنة **1996** اذ تم تصنيف الربو حسب درجة خطورة نوباته. **(نافتي Nafti وآخرون، 1998، ص26)**

3-1- التصنيف حسب السن و التطور :

يعتبر الربو عند الطفل اكثر انتشارا بالمقارنة مع الربو عند الراشد، وهويظهر غالبا بين سن الثالثة و سن السابعة عند **80 %** من الأطفال وفي ثلث الحالات قبل سن الثانية.

ويعتبر الذكور أكثر عرضة للربو مقارنة بالإناث (2 ذكرين/1انثى)، ولكن سرعان ما تظهر هذه الاخيرة تطورا في المرض في سن المراهقة، ثم هناك تجانس بين الجنسين في سن الرشد. كما أن أغلبية الأطفال المصابين بالربو يتحسنون في سن المراهقة الا أن مستقبلهم يبقى مرتبط بخطورة المرض، وأقل من نصف هؤلاء اللذين يظهرون نوبات نادرة يختفي عندهم الربو في سن "الواحد والعشرين**21**" تقريبا.

ولكن عند الذين يعرفون نوبات خطيرة متكررة سوى **20 %**منهم يختفي المرض عندهم في سن " الواحد والعشرين**21**"، و**20 %**آخرون تتطور عندهم الإصابة بشكل متواصل، وعند **15 %** من الحالات يصبح الربو أكثر خطورة في بداية سن الرشد. **(ريس Rees وبريس Price، 1989 ، ص ص5 - 25)**

3-2- التصنيف حسب الشدة والمدة :

يميز " **شاربان** " **Charpin** " بين أربعة أنماط من الربو وهي:

- **النمط الأول** : وتكون فيه النوبات صدفية **(Occasionnelle).**
- **النمط الثاني** : يتميز بأكثر من نوبة واحدة في الشهر.
- **النمط الثالث** : يتميز بأكثر من نوبة واحدة في الأسبوع.
- **النمط الرابع** : و يتميز بتكرار النوبات عدة مرات في اليوم. **(جياكوبي Giacobi، 1975 ، ص139)**

3 – 3 – تصنيف الربو حسب درجة خطورة النوبات :

حددت الإتفاقية العالمية حول التكفل بمرض الربو **(1996)** أربعة سلالم ممثلة لخطورة نوبة الربو وهي كالتالي :

أ – السلم الأول : نوبة خفيفة — Crise bénigne

ب – السلم الثاني : نوبة متوسطة — Crise modéré

ج – السلم الثالث : نوبة حادة — Crise sévère

د – السلم الرابع : توقف التنفس المداهم — Arrêt respiratoire imminent

(أيت خالد Ait Khaled، 1996، ص 16)

وحسب نفس الإتفاقية تظهر خصائص ومميزات كل نوبة من خلال ما يوضحه الجدول التالي: **الجدول رقم (01) : أنواع نوبات الربو، أعراضها و خصائصها .**

البرامترات	نوبة خفيفة	نوبة متوسطة	نوبة حادة	توقف التنفس المداهم
Les Paramètres	**Crise Bénigne**	**Crise Modérée**	**Crise Sévère**	**Arrêt Respiratoire Imminent**
الأعراض **Les Symptômes**	أسبوعية	يومية	مستمرة	
وضعية المريض **Position Du Malade**	مستلق **Allongé**	جالس **Assis**	منحني نحو الأمام **Penché En Avant**	
الكلام **La Parole**	سهل **Facile**	متقطع **Entrecoupée**	أحادي المقطع **Monosyllabe**	لا يستطيع الكلام **Il Ne Peut Pas Parler**
الزرقة **Cyanose**	غير موجودة –	غير موجودة –	موجودة +	موجودة بشكل واضح ++
تواتر التنفس **Fréquence Cardiaque**	25	30-25	+30/دقيقة	
الصفير **Sifflement**	خفيف **Modérée**	قوي **Fort**	ضعيف جدا **Très Faible**	غائب **Absent**
نبض القلب **Le Rythme Cardiaque**	أقل من 120/دقيقة	مساوي ل120	أكثر من 120/دقيقة	**Bradycardie**
معدل الزفير **Dep**	% 80	%70 - 50	أقل من 50%	من الصعب جدا قياسه .

(نافتي Nafti وآخرون،1998 ، ص ص26 – 28)

4 – الأعراض العيادية للربو :

Les symptômes cliniques de l'asthme

يجمع الجدول العيادي للربو كمرض مزمن بين مجموعة من الأعراض العيادية تتمثل فيما يلي :

4 – 1 – نوبة الربو كعنصر أساسي في الإضطراب :

تحدث نوبة الربو غالبا في المساء أو في الليل، ويكون ذلك دفعة واحدةأو مسبوقة ببعض العلامات أثناء الساعات أو الأيام التي تسبقها، نميز من بينها :

- آلام الرأس.
- زكام.
- ضيق تنفسي مقلق مصحوب بسعال غالبا ما يكون جافا في البداية، وبتنفس صفيري.
- الشهيق يكون موجز، و الزفيرمتعب، طويل وقليل الفعالية.
- المريض يكون شاحب الوجه، مزرقا قليلا، تحيط بشفتيه قطرات من العرق وكذا على جبينه.
- يكون جالسا أو واقفا، منحنيا نحو الأمام أو متكئا على أثاث.

أما عن مدة النوبة فهي متغيرة، وقد تختفي بشكل تلقائي بعد عدة ساعات أو تحت تأثير العلاج. **(فيالات Vialatte، 1983، ص ص46-47)**

4 – 2 – أعراض تنفسية:

تتجلى في الأعراض التالية :

- سرعة التنفس **(Polypnée)**.
- صعوبة الزفير.
- نوبات سعالية.
- زرقة الشفتين و الأظافر نتيجة لنقص الأكسجين(**Hypoxie**) و أحيانا تنتشر الزرقة شيئا فشيئا الى كل أنحاء الوجه و الأطراف. **(مولينال Molinal، 1980، ص58)**

4- 3 - أعراض قلبية عرقية :

تتجلى من خلال المظاهر التالية :

- ارتفاع في نبضات القلب (120 نبضة في الدقيقة أو أكثر **Tacky cardie**).
- اضطرابات في الإيقاع التنفسي بحيث تصحب بتوقف حقيقي في الدورة الدموية حينما يستنشق المريض الهواء بصعوبة كبيرة. (**أيت خالد Ait Khaled،1996،ص8**)

4-4- أعراض عصبية نفسية:

تتمثل فيما يلي :

- كثرة الإستشارات.
- القشعريرة.
- التعب.
- الفشل.
- الأوجاع والإضطرابات الطبعية السلوكية .

كل هذه الأعراض تؤدي في بعض الأحيان الى حالة الغيبوبة (**Le coma**). **(مولينال Molinal، 1980، ص58)**

5 - الخصاص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو :

5 - 1 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة الخفيفة :

- يشعر المريض بعسر تنفسي أثناء الراحة (عسر الزفير وتباطوئه **Bradypnée expiratoire**).
- يستطيع الإستلقاء على الفرا ش.
- يتكلم بسهولة.
- تواتر التنفس عنده لا يتعدى **25** حركة في الدقيقة.
- لا تظهر عليه الزرقة (**Cyanose**).
- نبض القلب لايصل **100** نبضة في الدقيقة.
- يشعر المريض بصفير في الصدر.

- شدة الزفير(La mesure du débit expiratoire de pointe) عنده أكبر أو تساوي 80 % من القيمة النظرية المجدولة التي يتم الحصول عليها انطلاقا من السن، الجنس و الطول (أنظر الملحقين رقم 06 و 07).

5 – 2 – الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة المتوسطة :

5 – 2 – 1 – النوبة المتوسطة من الدرجة الاولى :

- يشعرالمريض بعسر تنفسي أثناء الراحة.
- يجلس ولكن لا يستطيع الإستلقاء.
- يتكلم باستعمال جمل متقطعة.
- تواتر التنفس عنده يتراوح بين 25 و30 حركة في الدقيقة.
- لا تظهر عليه الزرقة.
- نبض القلب عنده يصل الى 120 نبضة في الدقيقة.
- يشعر المريض بصفير شديد في الصدر.
- تتراوح شدة الزفير بين 60 و70% من القيمة النظرية المجدولة.

5 – 2 – 2 – النوبة المتوسطة من الدرجة الثانية :

- **في هذه النوبة تزداد الأعراض السابقة الذكر (الأعراض من الدرجة الأولى).**
- **الإيقاع التنفسي (Le rythme respiratoire) يصبح سريع وسطحي بعدما كان بطيء وعميق.**
- **تظهر الزرقة على مستوى شفتي و أظافر المريض.**
- **تعتبر الزرقة العلامة الأساسية الدالة على الخطورة.**
- **تتراوح شدة الزفير بين 50 و60% من القيمة النظرية المجدولة.**

5 – 3 – الخصائص الإكلينيكية والوظيفية للنوبة الحادة :

- **يشعرالمريض بعسر تنفسي أثناء الراحة.**
- **يجلس منحني نحو الأمام.**
- **لا يستطيع الإستلقاءعلى الفراش.**
- **يستعمل المريض كلمات متقطعة.**

- يتعرق كثيرا ويظهر عليه التعب.
- تواتر التنفس عنده يتعدى **30** حركة في الدقيقة.
- تظهر **الزرقة** على المريض بشكل واضح جدا.
- نبض القلب يتعدى **120** نبضة في الدقيقة.
- يرتفع الصفير **(Sifflement)** و يصبح واضحا للمحيطين بالمريض.
- شدة الزفير أقل من **50%** من القيمة النظرية المجدولة.

5 – 4 – الخصائص الإكلينيكية والوظيفية لتوقف التنفس المداهم :

Arrêt respiratoire imminent

- يجلس المريض منحني نحو الأمام.
- يشعر بالنعاس **(Somnolent)** ويكون في حالة غيبوبة.
- لا يستطيع الكلام.
- تواتر التنفس عنده ضعيف.
- يتخلل التنفس فترات توقف **(Des pauses respiratoires)**.
- تكون **الزرقة** أكثر وضوحا على المريض.
- نبض القلب بطيء**(Brady cardie)**.
- غياب الصفير.
- شدة الزفير من الصعب جدا قياسها. **(نافتي Nafti وآخرون، 1992، ص ص11-14)**

6 – العوامل المسببة للربو : Les facteurs causaux de l'asthme

يعتبر التنفس أول عملية بيولوجية يمارسها الكائن الحي بعد الميلاد ،يأخذ فيها الأكسجين ويطرح ثاني أكسيد الكاربون. كما يعتبر أيضا أول مظهر من مظاهر الإنفصال التي يمارسها الوليد بعد الوضع بعد أن كان يعتمد داخل بطن أمه على تغذيتها له وامداده بحاجياته من الأكسجين .

ويعتبر الربو من المنظور الطبي من بين أهم أمراض الجهاز التنفسي نظرا لإزمانه، كما أنه من بين أمراض الحساسية التي يطورها الفرد وينميها أمام ظروف معينة.

يرجع مرض الربو الى قابلية الجسم للإستثارة ببعض المثيرات العضوية المولدة للحساسية **(Allergens)** التي تثير في الجسم مادة **الهستامين (Histamine)** متسببة في أشكال عديدة من الحساسية التي تحتاج في علاجها الى "**مضادات الهستامين**" **(Les anti-histaminiques)**،

وهي مواد تلعب دورا مهما في علاج الحالات المريضة بالموازاة مع ازالة العوامل النفسية المؤثرة فيها اعتمادا على العلاج النفسي. (**عطوف، 1986**)

أمام هذه العناصر المختلفة المتدخلة في الربو جاءت مساهمات بغرض الكشف عن العوامل المسببة له، بحيث تجسدت في أبحاث كثيرة عبر التاريخ، و انتهت الى وجود عوامل الإستعداد من جهة والعوامل المساعدة من جهة أخرى.

6 – 1 – عوامل الإستعداد للربو: Les facteurs prédisposant à l'asthme

6 – 1 – 1 – دور سوابق الحساسية :

شغل موضوع الطابع الوراثي للربو انشغالات العديد من الباحثين منذ عدة سنين، اذ أوضحت دراسة "**سينرت**" " **Sennert** " **(1650)** وجود ربو عائلي، وتوصلت دراسة "**تروسو**" **Trousseau** **(1870)** الى نفس النتيجة، في حين يعتبر "**ويمان**" " **Wyman**" **(1872)** أول من تحدث عن وراثة الإستعداد للإصابة بالحساسية.

وفي بداية القرن العشرين و بالضبط سنة 1916 توصل كل من الباحثان " كوك " " Cooke " و" فاندرفير" " Venderveer " الى الكشف عن أول نتيجة موضوعية دالة على وراثة الحساسية.

فمن خلال دراسة على عينة مكونة من **594** مصاب بالحساسية وجد كل من " **كوك**" " **Cooke**" و" **فاندرفيير**" " **Venderveer** " أن **48.4 %**من الحالات تتوفرعندها السوابق **العائلية، في حين14.5% فقط من عينة ضابطة مكونة من76 شخص غير مصاب وجدت عندها** هذه السوابق العائلية.

كما أثبتت الدراسات الإبدميولوجية العلمية الحديثة دور سوابق الحساسية لدى العائلات **والتوائم، اذ توصل "براي " "Bray" الى أن عضو من عائلة ذات حساسية له سبعة احتمالات أن** **يصاب بالربو مقارنة بعضو من عائلة عادية.**

وأظهرت تحقيقات عائلية منتظمة أن انتشار الربو بين أولياء المريض بالربو يكون أكبر **مقارنة بأولياء الشخص غير المصاب بالربو.**

نفس التحقيقات توصلت الى أن احتمال الإصابة بالربو لدى الطفل يكون أكبر عندما يكون أحد الوالدين مصابا بالربو أو كليهما معا. (**فيالات Vialatte ، 1983**)

ويكون احتمال الإصابة أكبر عندما يكون للأولياء سوابق اكزيما طفولية مع تأثير السوابق من جهة الأم بشكل أكبر مقارنة بالسوابق من جهة الأب. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999**)

في حين توصلت دراسات أخرى أجريت على التوائم (**Les jumeaux**)الى أن نسبة التوافق في الربو لدى التوائم المتماثلة(**Les homozygotes**) تكون أكبر مقارنة بالتوائم غير المتماثلة(**Les dizygotes**). (**لاب Labbe**، **1998**)

6-1-2- القيمة التنبئية للإختبارات الجلدية :

تلعب الإختبارات الجلدية دورا لا يستهان به في التنبؤ باحتمال تطوير الربو.وفي هذا الصدد توصلت الدراسات التي أنجزها كل من "**هاجي**" " **Hagy** " و"**ستيبان**" "**Settipane** " الى أن خطر الإصابة بالربو خلال متابعة لمدة **7**سنوات يقدر ب**5%** اذا كانت الإختبارات الجلدية ايجابية، ويقدر ب**1.5%**فقط اذا كانت الإختبارات الجلدية سلبية.

6-1-3- القيمة التنبؤية لنسبة الغلوبيلينات المناعية من النوع "Ige" :

من خلال تحقيق طولي قام به كل من " **ميشال** " " **Michel** " وآخرون حديثا بغرض تحديد مدى انتشار أمراض الحساسية وفقا لنسبة "**Ige**"في الحبل السري، الى أن نسبة الغلوبيلينات المناعية من النوع "**Ige**"عند الميلاد لها قيمة تنبؤية لظهور لاحق لمرض الحساسية.

6 – 1 – 4 – فرط الإستجابة الشعبية اللانوعية :

Hyper-réactivité bronchique non spécifique

ان أغلب مرضى الربو لديهم فرط في الإستجابة الشعبية يتميز بانسداد الشعب عند التعرض لمثيرات فيزيائية وكيماوية أو دوائية، بينما لا يستجيب الشخص العادي الا لأكثرها شدة ،وقد لا يظهر أية استجابة ماعدى في حالة تعرض ممراته التنفسية لعدوى فيروسية.

وتعتبر ميكانيزمات هذا النشاط الشعبي المفرط في الربو جد متعددة ،فقد يتعلق الأمر بتقلص قطر الشعب، أو شذوذعلى مستوى العضلات الشعبية الملساء، أوأيضاالإلتهاب الشعبي الذي يلعب دورا مهما حاليا. (**بوسكي Bousquet وآخرون، 1982**)

6 – 2- العوامل المساعدة:

ان عوامل الإستعداد عوامل أساسية في نشأة الربوالا أنها غير كافية بدون تدخل عامل أو أكثر من تلك التي تكون مساعدة، وهي قد تأخذ أشكالا مختلفة نذكر من بينها :

6 – 2 – 1 – التلوث الجوي: La pollution atmosphérique

يلعب التلوث الجوي دورا مهما في تطويرالحساسية التنفسية، كما يساهم في التهاب مخاطية الحنجرة والرئتين ويدفع الى تفجيرنوبات الربو. **(تونو Tunon، 2000، ص12)**

نظرا لكون قصبات وأسناخ مرضى الربو مفتوحة على الوسط الخارجي هذا يجعلهاعرضة لمثيرات قويةالتركيز كدخان السيارات ،دخان المصانع، والتلوث الجوي في مقر العمل بسبب الغازات وبعض المواد الكيماوية.

ضف الى ذلك فان حمض الكبريت الناتج عن احتراق المحروقات كالبترول والفحم يؤدي الى التهاب الشعب لدى مرضى الربو ذوي الحساسية، كما يؤدي أيضا الى الإنسداد الشعبي **(L'obstruction bronchique)** عند نفس الفئة من المرضى.

كما يتسبب حمض الآزوت الناتج عن دخان السيارات خاصة في صعوبات تنفسية ومن ثمة تفجير نوبات ربومتفاوتة الخطورة لدى المصابين بالربو. **(بوحاديبة Bouhadiba و آخرون ، 1997، ص67)**

6 – 2 – 2 – التدخين : Le tabagisme

يمثل دخان السجائر العامل الأكثر أهمية في اثارة المخاطية الشعبية مما يعرقل عمل أهدابها ويجعلهاعاجزة على آداء وظيفتها في دفع المادة المخاطية نحو الحنجرة، فتتجمع بذلك على مستوى الشعب وتحدث الإنسداد الشعبي ومن ثمة تعرقل حركة الهواء وتجعل الرئتان أكثر عرضة للعدوى.

كما يدفع التدخين الى افراز مفرط في المادة المخاطية للشعب مما يؤدي الى احداث سعال مزمن بغرض التخلص منها. (جياكوبي Giacobi، 1975)

بصفة عامة تحتوي السجائر على مواد سامة كثيرة جدا تقدر بحوالي 500 مركب أكثرها أهمية هو القطران، النيكوتين، وغاز أول أكسيد الكربون التي يحملها الهواء معه وينقلها الى كل عضو من أعضاء الجسم بل والى كل خلية من خلايا الجسم لأنها ترافق الأكسجين في دورته داخل جسم الإنسان. ونظرا لأن 80% الى85%من الدخان الداخل الى الجسم يمر عن طريق الرغامي الى القصبات الهوائية فان تأثيره المباشر يكون على الغشاء المخاطي الساتر لها وذلك باحداث تخريش فيه، وتتعطل نتيجة ذلك وظيفة خلايا الأهداب المهتزة للمخاطية التنفسية مما يجعلها غير قادرة على حمل الفضلات الناجمة عن تلوث الهواء فيؤدي تراكمها الى تخريش مستمر للأغشية القصبية التي تصاب بالإلتهاب، وهو ما يعرف بالتهاب القصبات الهوائية عند المدخنين، ولا يلبث

هذا الإلتهاب أن يتحول الى التهاب مزمن يظهر على صاحبه نوبات من السعال، التقشع وضيق التنفس.

وتتكرر هذه الحالة مرات عديدة في السنة وبعدعدة سنين تؤدي الى اصابة المدخن بقصور تنفسي قد يتعقد ويؤدي الى الإصابة بأمراض مختلفة أهمها: **الربو والسرطان. (دردار،1999)**

6 – 2 – 3 – تغيرات الطقس : Les changements de temps

تؤثر التغيرات الجوية على المصابين بالربو في أغلب الأحيان مما يؤدي الى تفجير نوبات متفاوتة الخطورة حسب طبيعة الطقس من جهة ودرجة مقاومة الأفراد من جهة أخرى.

وقد توصلت الدراسات التجريبية على المصابين بالربو الى أن غياب الرياح و انخفاض الضغط الجوي تعارض انتشار ملوثات خاصة في الجو اذا كان الموقع الجغرافي مساعد.

أما " ترومب " **'Tromp' (1968)** فقد توصل من خلال ملاحظته اليومية لمرضى الربو الى أن انخفاض درجات الحرارة يحدث نوبات ضيق التنفس. نفس النتيجة استخلصها كل من " **سلفاجيو" " Salfaggio " و " كوهان" " Cohen ". (نقلا عن أيت حمودة، 1999)**

كما أشارت " **أيت خالد** " " **Ait Khaled'** الى أن تغيرات الطقس كالبرودة والرطوبة وكثرة الضباب تؤدي الى تفجير نوبات الربو. (**أيت خالد Ait Khaled، 1996، ص7)**

6 – 2 – 4 – التعفنات البكتيرية أو الفيروسية :

Les infections bactériennes ou virales

تؤدي التعفنات البكتيرية أو الفيروسية التي تمس المسالك الهوائية العليا(الأنف_الفم) الى تفجير نوبات الربو. اذ أظهرت الدراسات الإبدميولوجية بأن أكثر من **10 %** من نوبات الربو لدى المراهق أو الراشد مرتبطة بفيروسات تنفسية، وأن الفيروسات المسببة للربو تختلف باختلاف السن.

فقبل سن العامين يطلق على الفيروس التنفسي المسيطر مصطلح " **Syncytial** " **(V.R.S)** ونجده في **40 %** الى **70 %**من الحالات.

أما عند الطفل فالفيروسات المسؤولة عن الربو فهي من النوع " **Rinovirus** " و " **Parainfluenzoe** " و" **Cornavirus** ". بينما عند الراشد فان الفيروس المسبب للربو هو في الغالب فيروس " **الزكام " (La grippe). (جودارGodard وآخرون، 1985)**

6 – 2 – 5 – العوامل الهرمونية :

ان للعوامل الهرمونية دورا لا يستهان به في تفجير نوبات الربو وخاصة منها الهرمونات الجنسية . وفي هذا الصدد توصل" **توريف**" " **Turiaf** " من خلال أبحاثه في هذا الصدد الى أن **60%** من نوبات الربو عند النساء مرتبطة باضطراب في افراز مادة "**الديسفولكولين**" **Dysfoliculine** على مستوى البويضة أثناء مرحلة النشاط الجنسي. كما قد تتضاعف شدة النوبات في الأيام التي تسبق العادة الشهرية أو خلالها.

أما بعد انقطاع الطمث (**La ménopose**) فلوحظ عند بعض النساء ظهور نوبات الربو من جديد بعد فترة زمنية من الخمود قد تصل الى سنوات. وقد لوحظ عند بعض النساء الحوامل تفاقم حالتهن الربوية. (**أيت خالد Ait Khaled، 1996**)

أما فيما يخص الرجال فتم تسجيل تلازم بين تفاقم حالة الربو وخمود النشاط الجنسي بعد سن الخمسين لكن يبقى أثر هذا العامل (خمود النشاط الجنسي) نسبي في حضور عوامل أخرى مساهمة كالمشاكل المهنية والوجدانية أو الإستمرار في عادة التدخين طويلا. (**جياكوبي Giacobi، 1975)**

6 – 3 – العوامل النفسية:

كشفت جهود المختصين النفسانيين التي اهتمت بتفسير الأمراض الجسدية عن كون الإضطرابات الإنفعالية الناتجة عن التفاعل بين الفرد وبيئته وكل ما تحتويه من ضغوط ذات دور فعال في تفجير المرض الجسدي. (**شويتزرSchweitzer، ودانتزرDantzer، 1994**)

ونظرا لكون مرض الربومن الأمراض النفسجسدية المزمنة فان العوامل النفسية تلعب دورا لا يستهان به في ظهوره وتطوره. (**توماس Thomas، 1990، ص62**)

بشكل عام يعتبر الربوكصرخة أو شكوى تعكس ألم داخلي غير شعوري لا يستطيع الفرد أن يعبر عنه بواسطة الكلام، وانما يتم التماسه من خلال اشارة ابتدائية تتمثل في ضيق التنفس الصفيري الذي يرمزالى رفض الهواء بسبب تقلص في القصبات الهوائية. (**جودارGodard، 1985**)

كما أن المصاب بالربو يترقب الخطر في كل آونة مما يجعله عديم القدرة على التحكم في حدوث الأزمة. (**فيالات Vialatte، 1983**)

نتيجة لهذه الظروف تتولد عند المصاب بالربو استجابات انفعالية شتى أكثرها شيوعا حالات القلق التي تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر، الخشية، العصبيةوكذا الإنزعاج، وهي ناتجة عن تنشيط الجهاز العصبي الذاتي و زيادة تنبيهه. **(عبد الخالق،1987، ص29)**

بناءا على ذلك تكون استجابات المصاب بالربو وثيقة الصلة بالمرض وموجهة نحو التخفيف من الإنفعالات المترتبة عنه.

7 – مضاعفات الربو : Les complication de l'asthme

من أهم مضاعفات الربو نميز:

- **المضاعفات الحادة** وتتضمن: نقص التنفس الحاد، مضاعفات ميكانيكية و مضاعفات قلبية حادة.
- **المضاعفات المزمنة** وتتضمن : نقص التنفس المزمن، التشوهات الصدرية والمضاعفات القلبية المزمنة.
- **مضاعفات أخرى** تظهر نتيجة للعلاج الدوائي الذي يتطلبه المرض.

7-1- المضاعفات الحادة: Les complication aiguës

7-1-1- نقص التنفس الحاد: Insuffisance respiratoire aiguë

وهو نتيجة لعوامل مستقلة عن المرض كالإلتهابات ،العمليات الجراحية ،التعرض المستمر لمولدات الحساسية بشتى أنواعها، الإنفعالات الشديدة، و الأخطار العلاجية نتيجةلتناول المريض لأدوية دون اللجوء الى الإستشارة الطبية.

من أعراض نقص التنفس الحاد ضيق تنفسي شديد، الزرقة، التعرق، وأحيانا اضطرابات في الوعي..

يمثل نقص التنفس الحاد خطورة على حياة المريض وهو يحتاج عادة الى امكانيات مراقبة وعلاج داخل مصلحة الإنعاش.

7-1-2- مضاعفات ميكانيكية : Les complications mécaniques

ويقصد بها الإنتفاخات الرئوية الصدرية **(Pneumothorax)** وانتفاخ الحجاب الحاجز **(Le pneumo- médiastin)**، و كذا اضطرابات التهوية **(Les troubles de ventilation)** التي قد تمس فص من الرئة أو الرئة ككل.

7-1- 3- مضاعفات قلبية حادة : Le cœur pulmonaire aiguë

و تظهر نتيجة لنقص التنفس الحاد ،تتجلى مظاهرها في ما يلي :

- زرقة واضحة.
- انتفاخ الكبد الذي يصبح مؤلم.
- علامات قلبية وعائية **(Cardio-vasculaire)** وأهمها :
- انخفاض ضغط الدم **(Hypotension)**.
- ارتفاع نبض القلب **(Tachycardie)**.
- اضطراب الإيقاع التنفسي **(Trouble du rythme)**.

7- 2- المضاعفات المزمنة : Les complications chroniques

تظهر هذه المضاعفات الثانوية بعد مدة زمنية من تطور المرض وتتضمن مايلي:

7- 2- 1- نقص التنفس المزمن: Insuffisance respiratoire chronique

من علاماته ضيق التنفس، عدم القدرة على بذل جهد، وعسر تنفسي متواصل **(Dyspnée chronique)**. **(فيالات Vialatte، 1983)**

7- 2- 2- تشوهات صدرية: Les déformations thoraciques

وهي تشوهات غير مألوفة ناتجة عن تكرار نوبات الربو خاصة الحادة منها في حالة الربو الحاد الذي يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة. **(ريس Rees و بريس Prees، 1989)**

7- 2- 3- مضاعفات قلبية مزمنة : Le cœur pulmonaire chroniques

وتتجسد في العلامات التالية :

- نقص في نشاط النصف الايمن من القلب **(Insuffisance du cœur droit)**.
- عسر التنفس.
- زرقة دائمة تشتد لأدنى مجهود يبذله المريض.
- ازدياد تواتر نبض القلب بحيث يتعدى مئة **100** نبضة في الدقيقة.
- انتفاخ الكبد الذي يصبح أكثر حساسية.

تظهر هذه المضاعفات عند الأفراد المسنين الذين ظهر عندهم الربو منذ مدة طويلة **(Asthme ancien)**.

7- 3- المضاعفات الخارجية : Les complications iatrogènes

تعتبرالمضاعفات الخارجية حصيلة للحوادث المترتبة عن تناول الأدوية الخاصة بعلاج الربو،والحوادث التي ترجع الى صعوبة في انعاش المرضى أو نتيجة للصدى السيكولوجي المترتب عن تكرار استشفاءات المريض أو طول مدتها. **(فيالات Vialatte، 1983)**

8 - الوفاة بسبب الربو : La mortalité par l'asthme

ان نسبة المصابين بالربو في ارتفاع مستمر في جميع القارات وقد كشف التقرير الذي نشرته المنظمة العالمية للصحة **(OMS)** سنة **1995** عن وجود **160** مليون مصاب بالربو في العالم.

اذ تتراوح نسبة انتشارالربو في قارة أوروبا من **3** الى **6 %**، وفي قارة آسيا تصل نسبة الربو بالصين الى **5%**. أما في قارة أمريكا اللا تينية فتصل نسبته الى **3.38 %**بالأرجنتين، **4.09 %**بكوبا، **5.63 %** بالأرقواي و **5.53 %**بالمكسيك. في حين تسجل نسبة **6.45 %** في كندا ونسبة **7.8%** في الولايات المتحدة الأمريكية.

أما فيما يخص المغرب العربي فتقارب نسبة الربو في كل من تونس والمغرب**3 %**. **(شهاب Chihab، 2000)**

ان هذه النسب تدق ناقوس الخطر وتجعل من موضوع الوفاة بسبب الربوحقل اهتمام الأطباء المختصين في الميدان الطبي خلال العشرية الأخيرة.

فبالرغم من الإهتمام الجيد بالميكانزمات الفيزيوباثولوجية للربو، وبالرغم من فعالية الأدوية المتوفرة لمداواته تبقى نسبة الوفيات في ارتفاع مستمر في أغلب البلدان نظرا لإزمان المرض من جهة ،وتكاليفه المادية المعتبرة من جهة أخرى.

8- 1 - الوفاة بسبب الربو في البلدان المصنعة :

تتراوح الوفيات في البلدان المصنعة من **1**الى**3/100000** ساكن لتصل الى**7/100000**ساكن في كل من ألمانيا و نيوزلندا. أما في فرنسا فتسجل من **2000** الى **2500** حالة وفاة سنويا ، في حين تسجل **2000** حالة في انجلترا.

8- 2 – الوفاة بسبب الربو في البلدان السائرة في طريق النمو:

يقدر عدد الوفيات بسبب الربو في البلدان ذات الدخل الضعيف بين **40000** الى **50000** حالة سنويا وهذا يرجع في الكثير من الأحيان الى سوء الكفالة بالمصاب بالربو(**Une prise en charge insuffisante)** .

وقد توصلت دراسة اجريت حول موضوع الوفاة خلال الاستشفاء على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية " **لمستشفى بني مسوس** " سنة **1990** الىأن **18.2%** من حالات الوفاة ترجع الى نوبات الربو، لتصل هذه النسبة الى **21.7 %** سنة **1997** في نفس المصلحة. **(شهاب Chiheb، 2000، ص1، ص ص4 – 5)**

9 – العلاج الدوائي للربو: Le traitement de l'asthme

يحتاج المصاب بالربو ككل المصابين بأمراض مزمنة الى علاج متواصل خلال عدة سنوات ان لم نقل طوال حياته مما يجعل مرض الربو يطرح مشاكل عديدة كمشكلة التكاليف، التنظيم في الكفالة (**L'organisation de la prise en charge**)، وكذا التزود بالأدوية **(L'approvisionnement en médicaments)**. **(أيت خالد Ait Khaled، 1996، ص16)**

و قد عرف الإهتمام بعلاج مرض الربو تطورا سريعا مما أدى الى اكتشاف مستحضرات كيمياوية حديثة، فأدرج "**الكورتيزون**" **(La cortisone)** سنة **1951** علاجا للربو و غدا مرجعا علاجيا في أشكال الربو الحادة. ثم استعمل بخاخ " **السولبتامول**" **(Le solbitamole)** كدفع علاجي صارخ عام **1969**. واستحضر " **البيكلاميتازون** " (**Dipropinate de béclamétazone**) عام **1972**، أما ابتداءا من سنة **1980** فاستعمل دواء" **كيتوتيفان** " **(Ketotifene)** لنزع الحساسية العضوية. أما في التسعينات فخلص البحث العلاجي الى تسويق دواء " **سالميتيرول** " (**Salmétérole**) لمداوات الربو. **(بوشارب،1997، ص43)**

بصفة عامة يرتكز علاج الربو عند الراشد على استعمال سلاحين أساسيين وهما :

– الأدوية **Les médicaments** .

– و الأكسجين **L'oxygène** . **(نافتيNafti وآخرون، 1992، ص17)**

9 – 1 – الأدوية الاساسية في علاج الربو عند الراشد:

حتى تتم متابعة المصابين بمرض الربو بشكل سليم يجب أن يتناول المصاب نوعين من الأدوية بشكل مستمر وهما :

9 – 1 – 1 – أدوية تسمح بتمدد القصبات الهوائية: Les broncho-dilatateur

تساعد هذه الأدوية على ارتخاء العضلات المحيطة بالقصبات الهوائية، ولا تستعمل كعلاج دائم للربو بل يلجئ اليها عند الحاجة فقط، نميز من بينها ما يلي:

- **بيتا2سامباتوميميتيك (Les Béta2 Sympathomimétiques)**
- **ميثيلكسانتين (La Méthylxanthine)**
- **ليبينيفرين (L'Epiniphrine)**

9 – 1 – 1 – 1 – بيتا2سامباتوميميتيك: Les Béta2 Sympathomimétiques

وتتجسد في نوعين من المواد :

أ – مواد ذات مفعول مباشر : Produits à action immédiate

وهي : " **السالبيتامول**" **(Salbutamol)** ويستعمل عن طريق الإستنشاق، وكذا" **التيربيتالين**" **(Terbutaline)** ويستعمل عن طريق الإستنشاق أو الحقن.

ب– مواد ذات مفعول طويل الأمد : Produits à action prolongée

ونميز من بينها : " **التيربيتالين** **(Terbutaline Lp)** و هي على شكل أقراص.

9 – 1 – 1 – 2 – ميثيلكسانتين : Les methylxanthines

وتتجسد في نوعين من المواد :

أ – مواد ذات مفعول مباشر :

مثل **تيوفيلين** **(Théophylline)** وتضاف الى المصل **(Sérum en perfusion)**.

ب – مواد ذات مفعول طويل الأمد :

و هي " **تيوفيلين** " من النوع **(Théophylline Lp)** وتكون على شكل أقراص.

9 – 1 – 1 – 3 – ليبينيفرين أو الأدرينالين : L'épiniphrine ou l'adrénaline

وهي مواد تستعمل عن طريق الحقن تحت الجلد **(Voie sous cutanée)**.

تسمح المواد السابقة الذكر بالحصول على الراحة سريعا وتخفيف الآثار الجانبية كخفقان القلب ، آلام الرأس و الإرتجاف.

9 – 1 – 2 – مضادات الإلتهابات : Les anti - inflammatoires

تسمح هذه المواد بالوقاية من الإلتهابات على مستوى القصبات الهوائية وكذا السيطرة على المرض . نميز من بينها :

9–1–2–1– مضادات من نوع " كورتيكويبد " : Les corticoïdes

تأخذ هذه المواد أشكالا مختلفة تتلخص فيما يلي:

أ – ايدروكورتيزون Hydrocortisone

ب– بريدنيزولون Prednisolone

ج– بيتاميتازون Bétaméthasone

د – بيدونوسيد Budenoside

وتستعمل عن طريق الإستنشاق، الحقن، أو على شكل أقراص.

9 – 1 – 2 – 2 – الكرومونات : Les cromones

ونميز من بينها كل من الاشكال التالية :

أ – كروموجليكات Cromoglycate

ب– نيدوكروميل Nedocromil

و تستعمل عن طريق الإستنشاق.

9 – 2– الأكسجين : L'oxygène

يوصل الأكسجين المنبعث من وحدة مركزية **(Unité centrale)** بمسبار أنفي **(Une sonde nasale)** أو بقناع **(Un Masque)** ويقدم بكمية تعادل 6لتر في الدقيقة.

يقدم هذا الأكسجين سواءا في مركز الكفالة بالمصاب بالربو ،أوعند نقله باتجاه مركز صحي بغرض انعاشه. **(نافتي Nafti وآخرون،1992، ص ص17– 19)**

والجدير بالذكر أن كل شكل من أشكال الربو له أدوية خاصة به وهي موضحة في الجدول رقم **(02)**.

الجدول رقم (02) : الأ دوية الخاصة بكل شكل من أشكال الربو.

الربو الخفيف **L'asthme Bénin**	الربو المتوسط **L'asthme Modéré**	الربو الحاد **L'asthme Sévère**
بيكلوميتازون **Béclométhasone** 1000 مغ في اليوم لمدة أسبوعين. التقليل الى 500مغ اذا خفت الأعراض . سالبيتامول مستنشق - **Salbutamol Inhalé** - ليس أكثر من 3 الى 4 مرات في اليوم .	1- بيكلوميتازون **Béclométhasone** - 2000مغ في اليوم لمدة أسبوعين. - التقليل الى 1000 مغ في اليوم اذا قلت الأعراض. 2- سالبيتامول مستنشق **Salbutamol Inhalé** ليس أكثر من 3 الى 4 مرات في اليوم.	1- بريدنيزون **Prédnisone** - - 0.5 مغ / كغ / اليوم. 2- بيكلوميتازون **Béclométhasone** 2000مغ في اليوم . 3- سالبيتامول مستنشق **Salbutamol Inhalé** ليس أكثر من 3 الى 4 مرات في اليوم .

(أيت خالد **Ait Khaled**، 1996، ص20)

و يجب على المعالج أن يشرح أهداف العلاج للمفحوص منذ بداية الكفالة، وفي نفس الوقت عليه أن يفهمه أن الأمر يتعلق بعلاج طويل المدى و أنه يستحيل عليه تحديد مباشر للوقت الكافي والضروري لتحقيق الأهداف المرجوة من العلاج.

يمكن القول أن الربو متحكم فيه عندما يتم تحقيق الأهداف التالية :

1- الأهداف الاكلينيكية : Les objectifs cliniques

- التقليل أو التخلص التام من الأعراض خاصة تلك التي تظهر ليلا.
- عدم اللجوء الى الإستعجالات.

- عدم الحد من النشاطات اليومية مهما كان نوعها.

2- الأهداف الوظيفية : Les objectifs fonctionnels

- معدل الزفير يكون معتدل أو قريب من المتوسط تبعا للمتغيرات التالية :

السن، الجنس، الوزن، و الطول. (أنظر الملحق رقم 07)

3- الأهداف العلاجية : Les objectifs thérapeutiques

- التقليل من الحاجة الى دواء تمديد الشعب الهوائية الى مرتين في اليوم (عند الضرورة فقط).

يظهر من الأهداف السابقة الذكر أنها بسيطة و الغرض منها تحقيق أفضل النتائج الممكنة. (أيت خالد Ait Khaled، 1996، ص16)

10 - وجهاة النظر المختلفة في تفسير دور العوامل النفسية في الربو :

منذ زمن بعيد نظر الباحثون في سيكولوجية الصحة وفي الدور الذي تلعبه الحياة النفسية في التوظيف الجسمي عند المصابين بالربو فانبثق عن ذلك وجهاة نظرمختلفة ناقشت موضوع الربو.وبالرغم من ذلك يبقى السبب الحقيقي في حدوثه مجهولا.

و نظرا للتاثير المتبادل بين النفس والجسد، يدفعنا الأمر للحديث عن تأثر ظهور المرض وارتباطه بعدة عوامل نفسية . (تومامس Thomas، 1990)

10 - 1 - وجهة نظر التناول السيكوسوماتي في الربو :

يشير العالم " سترينج " " Strange " في كتابه : **Abnormal psychology** الى أن الأمراض التنفسية هي أمراض سيكوسوماتية وتتضمن : الحمى الربيعية، النزلات الشعبية، التهابات الجيوب الأنفية، حمى القش، السل الرئوي، الربو الشعبي، وكافة اصابات البرد المعتادة.

كما وجد " سترينج " " **Strange** " أن الإضطرابات الإنفعالية وعلى رأسها القلق المزمن والإعتماد المسرف على الأم منذ الطفولة تلعب دورا لا يستهان به في احداث الخلل على مستوى وظائف ورد فعل خلايا الجسم" **للمثيرات الهستامينية** " التي تثير مادة " **الهستامين** " **L'histamine** في الجسم و التي تسبب أشكال الحساسية المختلفة.

وقد توصل كذلك الى أنه في كل حالة من حالات الربو يمكن تقليل الإستجابة المرضية بازالة الحالة الإنفعالية ،وفي نظره يفيد العلاج النفسي كثيرا في ازالة هذه الحالة مع استخدام بعض الأدوية المضادة للحساسية التي تؤدي الى تعديل نسبة المادة التي تسبب أشكال الحساسية المتنوعة. **(عطوف، 1986)**

و يعتبر المنظور السيكوسوماتي مرض الربو كنمط ارتكاسي يظهر كرد فعل عن البنية العامة للفرد من جهة، وعن ميكانيزمات الدفاع الخاصة بنفس الفرد من جهة أخرى. **(مارتي Marty، 1976، ص7)**

ان النظرية السيكوسوماتية بزعامة " **بيار مارتي** " **P.Marty** " لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر فقط على فترة ظهور المرض وانما تتابع الإنسان في مختلف مراحل حياته ،أثناء مرضه، وأثناء توازنه النفسي الجسدي وكذلك أثناء اختلال وتيرة هذا التوازن .

فاذا كانت غريزة الحياة بما فيها الدفاع عن البقاء عن طريق التناسل بمثابة عامل مساعد على استقرار التوازن النفسي – الجسدي، فان غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير الذات تعتبر عامل مهدد لهذا الإستقرار. ومن ثمة فان هيمنة غريزة الحياة تؤدي الى التوازن والصحة الجسدية، في حين أن هيمنة غريزة الموت تؤدي الى اختلال التوازن و تدهور الصحة الجسدية. **(النابلسي، 1992)**

ضف الى ذلك فان **"مارتي" "Marty "** يرجع مرض الربو الى فكر الانسان. ففي نظره تعتبر البيئة العقلية للمريض بمثابة مؤشر لا يستغنى عنه أبدا في تزويدنا بمعلومات عن أبعاد الشخصية و خصوصياتها. كما يمكنها أيضا أن تبين نمط استجابة المريض لمختلف الصدمات الخارجية التي تعترضه.

وفي نظر " **مارتي" "Marty** " أيضا ما يمثل صدمة فعلية بالنسبة لشخص ما لا يعبر بالضرورة عن صدمة بالنسبة لشخص آخر.

وحسب نفس المنظور المارتي حضور العامل المسبب للمرض لا يرافقه بالضرورة المرض. يتضح من خلال ما سبق ذكره أن اسلوب التنظيم العقلي عند المصاب بالربو يعتبر مؤشر يدل على الحالة الحقيقية لجانبه الجسدي و كل ما يمكن أن يحدث فيه مع أخذ بعين الإعتبار وحدته السيكوسوماتية لذلك يؤكد " **مارتي**" على التشخيص النفسجسدي وعلى ضرورة القيام به. **(مارتي Marty، 1976)**

كما يركز أتباع هذا المنظور على ضرورة اعتماد علاج نفسي من نوع خاص لحل المشاكل النفسية التي يعيشها المصاب بالربو بحيث يعتمد في هذا العلاج علىعدة طرق تحدد مدتها تبعا للحالة النفسية التي يعاني منها المريض. (الكسندر**Alexander**، **1977**، ص**230**)

10 – 2 – وجهة نظر التناول التحليلي في الربو:

يرجع علماء التحليل النفسي معضلة الربو الى حرمان الفرد من الأم، أو عنايتها الزائدة به على حساب استقلال شخصيته، أو كذلك الى اهماله والقسوة عليه، بالإضافة الى موجات القلق و الرعب و الإحباط التي بامكانه أن يعاني منها. ولا تعد نوبات السعال و حشرجة الصدرفي نظرهم الا رمزا (**Symbole**) للخيبة والبكاء و طلبا للأم.

حسب المنظور التحليلي يعكس تميز المصاب بالربو بالتردد والتذبذب الإنفعالي وحالات المزاج المتقلب السريع التغيرفهو تارة متفائل وأخرى متشائم، وطورا شديد الثقة بنفسه والآخرين، و طورا منهار الثقة بنفسه وشديد الشك بالآخرين وهذا يعكس نوع من الصراع **(Conflit)** وهو مرتبط برغبته في التواكل و الإعتماد على الأم من جهة، والرغبة في الإستقلال عنها من جهة أخرى. بمعنى آخر يكره المصاب بالربو أن يتحمل المسؤولية، وينتظر من الآخرين أن يؤدوا له أعماله، ويتوقع منهم الكثير تعبيرا عن اتكاليته واعتماده الطفلي على الأم . فهو يرى في كل شخص حوله شكل الأم ،يطمح في اهتمامها، و يريد الإنتقام حين لا يصل الى ذلك الإهتمام. ويمكن ملاحظة التواكل و الإعتماد على الآخرين في حل مشكلاته و قضاء أعماله وفي جميع أنماط سلوكه.

يرجع المنظور التحليلي تعلق المريض بأمه اما الى حرمانه من عطفها عليه لأن الأب كان قاسيا جدا معها،أو لأن الأم فرغت الحصيلة العاطفية التي بحوزتها من حب و اهتمام بشكل غير متوازن على ابنها، وفي كلتا الحالتين يصاب الإبن بالربو.

حسب نفس المنظور يبدو المريض بالربو شديد التمسك برأيه ولا يمكنه تقبل وجهاة نظر الناس من حوله، كما أنه يحب المناقشة العدوانية لأنها تفتح له المجال لإبراز نفسه.

وقد كشفت دراسات العالمين " **فرنش** " **"French** " و " **الكسندر" "Alexander** " عن العلاقة بين الطفل المصاب بالربو وبين الوالدين وأسلوبهما الخاطئ في تنشئة الطفل، فتجسدت في الإستنتاجات التالية:

1– أن معظم مرضى الربو عاشوا محرومين من الحب الأبوي وغالبا ما يفتقدون أمهاتهم في سن مبكرة بوفاة أو طلاق أوحوادث مؤلمة.

2- معظم أمهات مرضى الربو كن شديدات القسوة مع أطفالهن (المصابين بالربومنهم) ويبدين لهم العداء، الغضب، التهديد، النبذ، القلق، والتسلط . وقد تعكس الأم من خلال قسوتها على ابنها ظروفها و مشاكلها القديمة.

3- معظم آباء المرضى بالربو كانوا مستسلمين لسيطرة الأم ولا يظهرون مشاعرالتعاطف مع الطفل المريض الا بعد وقوعه فريسة للمرض .

4- يتصف المرضى بالربو أحيانا بالغيرة الشديدة و رد الفعل العنيف تجاه مختلف المواقف التي تعترضهم. **(عطوف، 1986، ص ص183-184)**

10 – 3 – وجهة نظر التناول السلوكي في الربو:

يعتبر المنظور السلوكي من المنظورات التي قدمت عددا معتبرا من المعطيات فيما يخص مرض الربو.

يرى " **ترنبيل** " " **Trunbull** " أنه اذا كانت الإستجابة بالنوبة الربوية متبوعة بانخفاض في درجة القلق أو تسمح بتجنب بعض الآلام عندها يمكن أن تصبح شديدة المقاومة للإنطفاء.

كما يرى أيضا أن النوبة الربوية هي " **استجابةتجنب** " **(Réponse d'évitement)** بدلا من كونها عنصرا فطريا لإستجابة انفعالية.

وفي نظر " **ترنبيل** " " **Trunbull** " يعتبر صراخ الطفل أو اصداره لنداءات تنفسية دون تلقي العناية والرعاية الكافية من طرف الأم بمثابة اشارات للحصول على رعاية من نوع أفضل، وعليه فان التنفس عند المصاب بالربو يمكن أن يعكس أحسن طريقة للفت الإنتباه المرغوب فيه. بعبارة أخرى يعتبر تنفس الربوي استجابة اجرائية يصدرها بغرض التخفيف من حدة القلق الذي ينتابه من جهة، وبغرض الحصول على اهتمام أكبر وأفضل من جهة أخرى.

ويرى " **ولب**" " **Wolpe** " أنه ما دامت النوبات الربوية تبدو كاستجابات شرطية للقلق أو لمولدات حساسية معينة أو أيضا لتجنب وضعية ما، باستطاعتنا اذن اللجوء الى " **تقنيات الإشراط** " بهدف ازالة حساسية العميل للمنبهات الشرطية التي كانت السبب في حدوث النوبة.

كما أشار " **ترنبيل** " " **Trunbull** " **(1962)** و" **يوركستون** " " **Yorkston** " **(1975)** الى الدور الذي يلعبه التعلم لدىالمصاب بالربو.

ويدعم " **لشمان** " " **Lachman** " **(1972)** الذي يرى أن " **تعزيز** " أنواع مختلفة من التنفس يمكن أن يؤدي الى " **اكتساب** " نمط تنفسي ربوي.

أما " ليفنسون " " Levenson " (1979) فيرى أنه يمكن للعوامل الإنفعالية أن تلعب دورا هاما في تفجير نوبات الربو أكثر من العوامل ذات طبيعة حساسية أو عدوى مرضية. وقد بين أن ذلك يستلزم استجابة خاصة. اذ توصل الى أن استجابة مرضى الربو تجاه مختلف الضغوطات تتمثل في المقاومة التنفسية ففي حين توصل الى أن استجابة غير الربويين تجاه الضغط تتمثل في الإيقاع القلبي. **(نقلا عن أيت حمودة، 1999)**

وقد أثبتت العلاجات السلوكية فعاليتها في ضبط الأسباب التي تحدث صعوبات تنفسية عند المصاب بالربو. اذ استعمل **" كوبير" " Cooper " (1964)** و **" مور" " Moore " (1965)** **" تقنية سلب الحساسية المنتظم "** التي تقوم على اختبار الوضعيات التي تعتبر مثيرات خاصةبالنسبة للمصاب بالربو والعمل على كفها و التحكم فيها مثلا باستعمال العبارات:

لديك صعوبات في احداث الزفير" أو " أنت مسجون داخل غرفة ضيقة الأبعاد "

يمكن أن تتولد لدى المصاب بالربو نوبات الربو، ولكن بالإعتماد على كف الحساسية لهذه المثيرات بشكل منتظم يمكن ضبط القدرة التنفسية و الإيقاع التنفسي. **(خير الزاد فيصل، 1986)**

كما أشار كل من **" راتيس " " Rathus " (1973)، " سيروتا " " Sirota " و"مهوني" " Mahoney " (1974)** الى أن التدريب على" **الإسترخاء**" يحدث تحسنات دالة على مستوى قياسات القدرة التنفسية. وعليه تعتبر تقنية الاسترخاء من التقنيات ذات الفعالية الإيجابية في ضبط القدرة على التنفس وتعويد المريض على أحسن سبلها ومن ثمة تخفيف أعراض القلق الإنفعالية التي تنتابه. **(فونتان Fontaine وآخرون، 1984)**

ان مختلف التقنيات السلوكية المستعملة في علاج الربو يمكن أن يكون لها أثر مشترك يتمثل في تقليص شدة القلق الناتج عن العلامات القبلية للنوبة. في هذا الصدد توصل كل من **" كراوفورد " " Crawford "** وجماعته **(1975)** الى أن التدريب الذي يخضع له المصابين بالربو يسمح بتقليص حساسيتهم للأعراض السابقة للنوبة. أما **" راتيس " " Rathus "** فيشير الى أن الضغط سواء ا كان من طبيعة حساسية أونفسية فانه يحدث نتيجة لتنبيه الهيبوتلاموس مما يترتب عنه اثارة فيزيولوجية تتجسد في مظاهر شتى أهمها سرعة خفقان القلب، التشنج الشعبي وكذا القلق. وكلما كان الفرد قلقا ومتوترا كلما كان تنفسه شاقا ومتعبا.

كما يرى **" راتيس " " Rathus "** أن المشكل الأساسي للمصاب بالربومتعلق بعملية الزفير بالدرجة الاولى وليس بعملية الشهيق، ويعتبر كل من الغضب والقلق كعاملان أساسيان في جعل عملية التنفس أكثر صعوبة عنده (المصاب بالربو).

بناءا على ما سبق يوجه "راتيس" " **Rathus** " **(1973)** الأضواء الى استخدام تقنية الإسترخاء للتحكم في عملية التنفس وجعلها أكثر سهولة. (**فونتان Fontaine وآخرون، 1984**)

خاتمة :

يعتبر مرض الربو من الأمراض التي جلبت اهتمام العديد من الأطباء المختصين والباحثين في ميدان علم النفس نظرا لتدخل ميكانيزمات متعددة في حدوثه من جهة، و نظرا لإنعكاساته الإقتصادية، الإجتماعية، التربوية، و المهنية و كذا تكاليفه المادية التي تثقل ميزانية العائلات و الهيئات الصحية من جهة أخرى.

بناءا على ما سبق يظهر أن التكفل بشريحة المصابين بالربو أصبح ضرورة تفرض نفسها قصد التوصل الى أفضل سبل العلاج و بالتالي التحكم في انتشار هذا المرض مستقبلا.

الفصل الثاني

الإكتئاب

- تمهيد

1 – مفهوم الإكتئاب

2 – تعاريف الإكتئاب

2 – 1 – التعريف الإكلينيكي

2 – 2 – التعريف السلوكي

2 – 3 – التعريف المعرفي

3 – أعراض التناذر الإكتئابي

4 – الأشكال العيادية للإكتئاب

5 – التناولات النظرية في تفسير الإكتئاب

5 – 1 – الإتجاه البيولوجي

5 – 2 – اتجاه التحليل النفسي

5 – 3 – الإتجاه السلوكي

5 – 4 – الإتجاه المعرفي

6 – أهم علاجات الإكتئاب

6 – 1 – العلاجات الكيميائية

6 – 2 – العلاجات النفسية

7 – العلاقة بين الضغط ، الإكتئاب و المناعة

تمهيد :

ان المراحل التي يجتازها المجتمع الإنساني تتسم بمشكلات معقدة، قد تعرض الإنسان في أي لحظة من اللحظات الى أزمات أكثر تعقيدا من شأنها زلزلة استقراره الجسمي والنفسي وبالتالي ادخاله في سجل السيكوباثولوجيا، ويعد الإكتئاب من أهم العناصر المصاحبة للعديد من الأمراض مما جعله يشغل اهتمام العديد من الباحثين في مختلف التخصصات. (**شيفرر Scheivrer، 1978 ، ص26**)

يعتبر الإكتئاب حسب " **دوكي** " " **Douki** "وآخرون، المرض العقلي الأكثر انتشارا في الوسط الطبي مقارنة بالأمراض العقلية الأخرى. وقد بينت المنظمة العالمية للصحة"**OMS**" أن عدد المصابين بالإكتئاب في العالم يقدر ب **200** مليون مكتئب، حيث هناك احتمال اصابة فرد واحد من عشرة من المجتمع العام بحالة اكتئاب.

كما وضح السيكاتري الجزائري " **كاشا** " " **Kacha** " بأن الحالات الإكتئابية من التناذرات السيكاترية الأكثر تواترا، وأن مدى انتشاره في ارتفاع مستمريرجع ذلك لأسباب مختلفة أهمها: الإرتفاع التدريجي لمعدل الحياة، انتشار الأمراض الجسدية المزمنة و كذا تعقد و تشتت الحياة الاجتماعية. وأشار أيضا الى أن احتمال تطوير حالة اكتئابية خلال مسار الحياة يصل الى **10%** عند الرجال و **20%**عند النساء.

أما بالنسبة لكل من " **كوغلسكي**" " **Kourilsky** " و " **ألبي**" " **Alby**" فيعبر الإكتئاب عن اضطراب المزاج الذي غالبا ما يصاحب الأعراض الجسدية للربو أو مظهر من مظاهر الحساسية الأخرى، ويصران على ضرورة الإعتراف بوجوده و معالجته حتى لا تستمر أعراض الربو و تتفاقم. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص164**)

ومن هذا المنطلق تتضح أهمية دراسة عامل الإكتئاب و علاقته بظهور أعراض الربو .

1- مفهوم الإكتئاب :

يستخدم الإكتئاب في ثلاثة معاني مختلفة وهي:

المعنى الأول : يرتبط الإكتئاب بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض المريض الى سلسلة متلاحقة من الإحباطات والفشل .

المعنى الثاني : يتميز الإكتئاب كتناذر باضطرابات في المزاج بالإضافة الى جميع أعراض الإكتئاب البدنية والوظيفية المصاحبة له .

المعنى الثالث : يتميزالإكتئاب كمرض بما فيه التناذر الذي ذكرناه آنفا بعجز يصيب المريض فيمنعه من آداء واجباته وأعماله اليومية كليا أو جزئيا.

ان التمعن في هذه المعاني الثلاثة للإكتئاب يكشف عن وجود اختلاف فيما بينها من حيث شدة الإضطراب ومدى تأثيره على النشاطات اليومية للفرد.

ففي المعنى الاول يمس الإضطراب مزاج المريض بالدرجة الاولى، حيث يبدو حزينا، محبطا ولكن دون أن يؤثر ذلك على آداء وظائفه اليومية. بينما في المعنى الثاني تشتد الحالة المرضية فبالإضافة الى المزاج المكتئب الحزين، تظهر على المريض أعراض بدنية مختلفة أهمها التباطؤ النفسي الحركي. أما في المعنى الثالث فيتفاقم الإضطراب ويصبح أكثر تعقيدا، حيث يظهر المزاج المكتئب والأعراض البدنية الوظيفية وتشتد الحالة الى درجة تصيب المريض بالعجز مما يؤثر على آداء نشاطه وأعماله اليومية . (**الحجار، 1989**)

2- تعاريف الإكتئاب :

تعددت وتنوعت تعاريف الإكتئاب الا أن ايجاد تعريف دقيق وموحد له يبقى مهمة صعبة أمام المختصين لحد الآن.

يؤكد " **أدولف ماير** " **Odolf Mayer** " هذه الفكرة اذ يقول: " لا نعرف كيف نعرف الإكتئاب." ويرجع ذلك في نظره الى صعوبة الكشف عن أسبابه وتعقد أعراضه وكذا كثرة تصنيفاته. (**شيفررScheivrer، 1978**)

الا أن هذا لا يمنعنا من التطرق الى بعض التعاريف التي تناولت الإضطراب، فمعجم علم النفس يعرف الإكتئاب" كحالة مرضية مزمنة نسبيا، يميزها أساسا الحزن، انخفاض الجهد والطاقة، عدم القدرة على مواجهة أدنى الصعوبات، ضعف القدرة على التركيز والتذكر مما يزيد من تأزم الوضع الإكتئابي." (**سيلامي Sillamy، 1996**)

<u>2-1- التعريف الاكلينيكي للاكتئاب :</u>

يعرف الإكتئاب اكلينيكيا حسب الدكتور "**الحجار**" على أنه "تناذر يهيمن على الشخص تتجلى مظاهره بوضوح في مشاعر الحزن، القلق، الغضب والتأنيب الذاتي." (**الحجار،1989**)

أما في الطب العقلي فيعرف الإكتئاب بحالة مرضية ترتكز أساسا على حدوث تغيير كبير في المزاج الذي يغلب عليه التشائم، الشعور بعدم القدرة على الإنجاز، واحتقار الذات وتأنيبها. بالإضافة الى ذلك تباطؤ في النشاط العام، في السلوكات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية. الا أن وجود تباطؤ على مستوى هذه الوظائف لا يدل حتما على وجود اضطراب حقيقي على مستوى الذاكرة، الحكم والإنتباه. (**جيوتا Guyotat، 1990**)

<u>2- 2 - التعريف السلوكي للاكتئاب :</u>

يعرف " سكينر" " Skinner " الإكتئاب" كظاهرة انطفاء ناتجة عن حرمان كبير من التعزيزات الإجتماعية الإيجابية، مما ينجر عنه فقر أو انخفاض المعلومات حول السلوكات الإيجابية، و طغيان وضعية العزلة مما يجعل التظاهرات الإكتئابية هي الوحيدة المعززة .

ويضيف " فرستر" " Frester " (1973) عنصرا هاما الى ما قدمه " سكينر" " Skinner" يتمثل في الظروف المساعدة على ظهور السلوكات الإكتئابية كالعجزالذي يلاقيه الفرد أوتفاديه الوضعيات الإجتماعية المعقدة والمنفردة . (كزافيي Xavier وآخرون، 1977)

<u>2 – 3 - التعريف المعرفي للإكتئاب :</u>

يعرف " **باك** " '**Beck**' " الإكتئاب على أنه " اضطراب في التفكير، ويعتبر أعراض التناذر **الإكتئابي كنتائج لتنشيط أنماط معرفية سلبية." (كوترو Cottraux، 1997)**

يرجع الإكتئاب حسب هذا التناول الى اضطراب الناحية المعرفية ووجود أنماط تفكير خاطئة وسلبية تنتج عنها أعراض التناذر الإكتئابي للعيان.

على وجه العموم تختلف تعاريف الإكتئاب المذكورة آنفا من حيث تناولها للاضطراب، فالتعريف الطبي يركز على الأعراض الإكتئابية، بينما يركز التناول السلوكي على فقدان التعزيز الإيجابي مما يجعل الفرد عاجزا عن القيام بنشاطات تجلب له المكافأة، في حين يركز التناول المعرفي على الناحية المعرفية للإضطراب التي تترتب عنها أعراض التناذر الإكتئابي.

3 - أعراض التناذر الإكتئابي:

تتميز اللوحة العيادية للتناذر الإكتئابي بأعراض مختلفة مصدرها اضطرابات انفعالية، نفسية، حركية، ارادية، معرفية واعاشية. تتلخص هذه الأعراض فيما يلي :

3-1- المزاج المكتئب : L'humeur dépressive

يعتبر المزاج المكتئب الإضطراب الإنفعالي الأكثر تعبيرا عن التناذر الإكتئابي وهو غالبا ما يوصف بأنه احساس غامض صعب تفسيره، حيث يجعل المعاش العادي للفرد مشوه بحزن عميق، باليأس وبالإحباط. والجدير باذكر أنه لما تشتد هذه الإحساسات وتستمر فانها تؤدي الى ألم نفسي يعذب الفرد .

بصفة عامة يتجلى هذا الحزن في مظاهر شتى يوصفها المريض بصراحة مثل قوله :

" **اني حزين** " أو من خلال الإحساس بالإنهاك المعبر عنه بالدموع وعدم تحمل ذلك .

كما يتميز هذا المزاج بالإحساس بالملل، اللامبالات، عدم الإهتمام بكل الأمور، انهاك عاطفي وبرودة انفعالية، حيث يشعر الفرد بأنه عاجزعن الإحساس باللذة في النشاطات التي تكون في العادة سارة. كما تصاب قدرته على الشعوربالإحساسات الوجدانية العادية ويتولد لدى الفرد احساس غير محتمل من التخدير العاطفي، وهذه اللامبالات العاطفية تغطي حتى الأحداث المؤلمة بمعنى أن الفرد يكتشف بأنه لم يصبح يشعر بالألم تجاه الضراء. **(فيريريFerreri وآخرون، 1993)**

بالإضافة الى ذلك ينتاب المريض شعور بعدم الرضا وباحتقار الذات وبانخفاض تقدير الذات مع نوبات البكاء وميل للعزلة والإستقلالية عن الآخرين، وكل مجهود يقوم به يرى أنه لا جدوى منه. وبالنسبة له الماضي مفجع والمستقبل مقلق ولا أمل فيه. **(كاشاKacha، 1996)**

3 - 2 - الأعراض النفسية الحركية : Les troubles psychomoteurs

تشير هذه الأعراض الى تباطؤ حركي ونفسي شامل يتجلى في شكل كف يعيشه المريض ومن السهل ملاحظته من طرف المحيطين به، كما يمكن للعيادي استخلاصه من خلال المظهر العام للمكتئب وبعض الشكاوي الذاتية التي يصرح بها .

3 – 2 – 1 – التباطؤ الحركي : Ralentissement moteur

بصفة عامة يبدو في حركات الشخص التي تكون بطيئة خالية من الحيوية وخطوات متثاقلة يميل صاحبها الى الإنحناء والى ابقاء كتفيه متدليتين. كما يعبر عن نفسه ببطؤ وتغلب عليه فترات الصمت التي يجمعها بالتنهيدات.

ضف الى ذلك فان ايماءاته تبدو فقيرة، وحركات رأسه قليلة أما كلامه فشحيح بحيث يكتفي بتقديم اجابات موجزة وناقصة عند السؤال ويكون ذلك بصوت منخفض وبعد اصرار وتفكير مطول.

3 – 2 – 2 – التباطؤ الفكري : Ralentissement mental

تظهر المقابلة العيادية أن فكر الفرد المكتئب يكون متعبا وفقيرا، فهو لا يقدم أفكار جديدة سوى تلك التي تدور حول معاناته الحالية والتي يركز عليها. ويؤكد على مشاعر الألم التي تنتابه باستمرار مما يجعله يدور في نفس الحلقة دون التمكن من المرور الى شئ آخر .

كما يشكو المكتئب من عدم قدرته على تتبع تفكيرالآخرين، ويصرح بأنه يشعر بفراغ الرأس، ويحكم على تفكيره بأنه بطيء جدا .

3 – 3 – اضطرابات الإرادة : Les troubles de volonté

تجمع هذه التسمية مجموع الأعراض الناتجة عن نقص قدرات بذل الجهد والمبادرة وتراجع أو ارتخاء الميولات نحو التصرف.

تثار هذه الإضطرابات من خلال شكاوي المريض التي تشمل احساسا بفقدان الشجاعة، افتقار المبادرات التلقائية التي تسمح للفرد بمواصلة حياته بصفة عادية، وكذلك العجز العميق على التصرف والمواجهة والدفاع عن مستحقاته الإجتماعية والمهنية، السلبية و مقاومة النشاط والحركة، كل هذه الأعراض تجعل منه فاقدا للإرادة وعرضة للخمول. **(فيريري Ferreri و آخرون،1993)**

3 – 4 – الاضطرابات المعرفية : Les troubles cognitifs

تمس الإضطرابات المعرفية الوظائف المعرفية العامة، التصورات والتفكير الذي يحددهم وتتمثل فيما يلي :

3 – 4 – 1 – الوظائف المعرفية العامة: Les fonctions cognitives globales

يعرف الشخص المكتئب اضطرابا في الوظائف المعرفية العامة بحيث يقل انتباهه ويضعف تركيزه، كما يجد صعوبة في التفكير وفي التذكر. (سترود Stroud، 1997)

3 – 4 – 2 – التصورات ومحتويات الفكر :

Les représentations et les contenus de pensée

يظهر على تصورات ومحتويات الفكر تشوهات مرضية واضحة تطبع مختلف مظاهر حياة المصاب نميز من بينها الشعور بالنقص، الإنهيار، الفشل، الحرمان، العجز، سوء تقدير الذات، التشاؤم، الميل الى الخيال، الشعور بالذنب الذي يتحول الى اتهام الذات وذمها والتقزز منها. ويشعر المكتئب بأنه حمل ثقيل على الآخرين وعديم الفائدة ، فكل ما يقوم به في نظره لا يستحق القيمة، ومن ثمة ينتابه شعور بعدم فعالية ذاته .

أما رؤية المكتئب للعالم فهي مشوهة بنفس السلبية ويمكن أن تشحن بالغموض والعدوانية، في حين يطبع نظرته للمستقبل عدم التفائل وعدم الأمل فكل ما يمكن أن يحدث غير مرغوب فيه وكل شيء مفقود مسبقا بالنسبة له. (عيسوي، 1994)

3 – 4 – 3 – التدهورات المرضية في التفكير :

Les altérations pathologiques de résonnement

وتتجسد في المظاهر التالية :

- فقدان المرونة في تقييم المواقف.
- سيطرة الأفكار السلبية.
- التفسير الذاتي للأحداث مما يعكس وجود صعوبات في الإعتماد على الموضوعية.
- انخفاض القدرة على النقد.
- تكرار آلي للنظرة التشاؤمية تجاه التجارب.

3 – 5 – الأعراض الاعاشية : Les symptômes végétatifs

تبرز التظاهرات الإعاشية للإكتئاب مبكرا وغالبا ما تسبق الظهور الصريح للأعراض النفسمرضية، بحيث يمكن أن تعمل على تأخير التشخيص الذي يتوجه عن خطأ الى المرض العضوي. ومن بين هذه التظاهرات نميز ما يلي :

3 – 5 – 1 – الإنهاك أو التعب النفسي : L'asthénie

يمثل التعب النفسي أحد الأعراض العامة الأكثر شيوعا في الأوساط الإكتئابية.

ومن أهم العلامات الدالة عليه :

– مظهر المكتئب الذي يطبعه وجه مرهق وشاحب تعكسه النظرة الحزينة و فقدان العين لإشراقتها .

– صعوبات في بذل أدنى جهد أو السعي الى القيام بأي نشاط .

3 – 5 – 2 – اضطرابات النوم : Les troubles de sommeil

عادة ما يكون النوم مضطربا عند أغلب الحالات الإكتئابية نظرا لوجود الأرق الذي يكون متغيرا و مصحوبا بتوتر نفسي، اثارة نفسية حركية مع استرخاء عصبي عضلي صعب خاصة عندما يكون مستوى القلق مرتفع.

كما يمكن أن يظهر القلق في أوقات مختلفة من الليل، قد يكون في منتصفه أو بدايته أو في آخر الليل مما يترتب عنه استيقاضات ليلية وصعوبة في الرجوع الى النوم.

وقد تأخذ اضطرابات النوم شكل نوم شديد أي فرط في النوم (**Hypersomnie**) مع استيقاظ متأخروميل الى القيلولة. (**لوشيميا Lechemia ، 1995**)

3 – 5 – 3 – الاضطرابات الهضمية : Les troubles digestifs

تتجسد في احساسات مختلفة من تباطؤ هضمي، التطبل، وامساك مستمر .

3 – 5 – 4 – اضطرابات الشهية : Les troubles de l'appétit

من الإضطرابات الأكثر شيوعا فقدان الشهية للطعام **(Anorexie)** مما يترتب عنه فقدان مهم في الوزن.

تجدرالإشارة الى أنه نادرا ما يلاحظ افراط في الشهية(**Boulimie**) بغرض تسكين الإنزعاج الإكتئابي ولو مؤقتا عند بعض الحالات.

3 – 5 – 5 – الاضطرابات البولية : Les troubles urinaires

وتضم حالات الإفراط في التبول أين يكون التحسس للبول كبير لكن كمية البول المطروحة قليلة، أو حالات عسر التبول (Dysurie).

3 – 5 – 6 – الاضطرابات الجنسية : Les troubles sexuelles

لا يظهر المكتئب اهتماما بالنشاط الجنسي، وبدلا منه يغلب عليه التقزز والنفور مما يؤدي الى العجز أو البرود الجنسي.

ورغم تكرر هذه الظاهرة الا أنه قليلا ما يصرح بها المكتئب نظرا للشعور بالذنب اتجاه الشريك.

3 – 5 – 7 – الاضطرابات العصبية العضلية : Les troubles neuromusculaires

وتتمثل في ما يلي:

- ضعف القوة العضلية .
- التشنجات.
- آلام متنقلة في الجسد الذي يصبح ثقيلا وضعيفا.
- الإرتعاش.
- تشويش الحس.
- احساس بالدوار.

3 – 6 – القلق المصاحب : Angoisse associée

كل حالة اكتئابية يصاحبها و بدرجات مختلفة تظاهرات عرضية لقلق عام تبرز فيما يلي:

- توتر عصبي.
- اهتزازات عضلية.
- ارتعاشات.
- ضيق تنفسي.
- خفقان القلب.
- جفاف الفم.

- الغثيان.

- زيادة الإثارة والتهيج. (**فيريريFerreri وآخرون، 1993**)

4 - الأشكال العيادية للإكتئاب :

تتعدد الأشكال العيادية التي يمكن أن تأخذها الحالات الإكتئابية بحيث تم وصفها من طرف العديد من العياديين وذلك حسب الشدة، الثقافات، والأعراض.

4 - 1 - أشكال الإكتئاب حسب الشدة :

تعتبرانعكاسات أعراض الإكتئاب على الوظيفة التنفسية و التكيف أو التوافق العائلي والإجتماعي- المهني بمثابة المعايير الأساسية لتقدير درجة خطورة الحالة الإكتئابية.

4 - 1 - 1 - الأشكال البسيطة : Les formes légères

و تتضمن الحالات التي يطغى عليها من مجرد تعب بسيط غير عادي ومستمر وغير مفسر الى نوبة كآبة، وتلك التي يميزها تهيج عرضي مما يترتب عنه اعاقة النشاطات اليومية للفرد، لكن في مرحلة لاحقة يمكن ان تتطور هذه الأعراض بحيث تعيق قدرات الفرد على الإنجاز والإنشراح محدثة بذلك آثار العجز.

4 - 1 - 2 - الأشكال الخطيرة : Les formes sévères

تظهر الأعراض الإكتئابية بوضوح في هذه الأشكال محدثة عجز غير مباشر على مستوى التوافق العلائقي والمهني . ومن بين الحالات الأكثر خطورة نميز الإكتئابات التي تصاحبها الأعراض الذهانية التي تشير الى وجود تدهورات هامة على مستوى الوظائف المعرفية، مما يمنع الفرد من المشاركة العادية في وسطه الإجتماعي الثقافي. (**العفيفي،1990**)

4 - 2 - أشكال الإكتئاب حسب الثقافات:

يعتبر مرض الإكتئاب حاليا مرض عالمي معترف به، ويمكن للأعراض الإكتئابية أن تتغير وفقا للثقافات لكن في حدود ضيقة نوعا ما.

تمثل الأعراض الأساسية للتناذر الإكتئابي كاضطرابات المزاج، اللامبالاة ،التباطؤالنفسي الحركي، فقدان المبادرة، الأرق و الأعراض الإعاشية جزءا من الأعراض الثقافية العالمية للحالات الإكتئابية. الا أن هناك البعض منها ذات تأثر واضح بالعامل الثقافي منها احتقار الذات، الشعور

بالذنب المفرط، الأفكار والأفعال الإنتحارية اذ نجدها أكثر تكرارا في الثقافات الغربية. **(نقلا عن أيت حمودة، 1999)**

4 – 3 – أشكال الإكتئاب حسب الأعراض :

4 – 3 – 1 – الإكتئاب العصابي :

وهواضطراب نفسي يتطور نتيجة تكوين غير سوي في شخصية المصاب به. **(موساوي Moussaoui، 1987)** اذ تطبعه سمات عصابية كالقلق والتظاهرات الوسواسية. **(كاشا Kacha، 1996)** وتتجلى أهم أعراض الإكتئاب العصابي في ما يلي :

- الإستجابة الحركية البطيئة.
- صعوبة في النوم.
- نقص التركيز.
- التوتر.

عادة ما يصبح المريض واعيا بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشف من تأثير صدمة ما بعد مرور وقت كافي عليها . **(عبد المعطي،1998 ،ص351)**

4 – 3 – 2 – الإكتئاب الإرتكاسي :

يعتبر الإكتئاب في هذه الحالة بمثابة استجابة لحدث ما مثل الإصابة بمرض خطير، وفاة شخص عزيز، الفقدان، صراع عائلي، عاطفي، أو مهني، فشل مدرسي ..الخ و هو يستقر مباشرة بعد الصدمة النفسية. و غالبا ما يصيب الإكتئاب الارتكاسي الأشخاص ذوي البنية النفسية الهشة **والذين لايتحملون الإحباطات.**

أهم ما يميز صاحبه العلامات التالية :

التعب، فقدان كامل للشهية أو افراط في الأكل، عجز جنسي، قلة النشاطات المنتجة مع احتمال ظهور محاولات انتحارية حسب حدة الصدمة.

4 – 3 – 3 – الإكتئاب الإعيائي :

يظهر الإكتئاب الإعيائي نتيجة الإجهاد الكبير مصحوبا بقلق شديد، آلام في الرأس، اضطرابات النوم، اضطرابات هضمية، ومشاكل تنفسية.**(موساويMoussaoui،1987، ص65)**

4 – 3 – 4 – الإكتئاب المختلط :

يسمى عادة ذهان الهوس الإكتئابي، ويلاحظ فيه تناوب بين الحالتين الهوسية والإكتئابية تتوسطهما مرحلة هدوء مؤقت.

تتميز الحالة الهوسية بالمرح، نشاط مفرط، تفكير سطحي جد سريع، تفائل غير مناسب، والتكلم في عدة مواضيع في آن واحد. في حين يميز الحالة الإكتئابية انخفاض في الطاقة والجهد، ظهور الأرق، ضعف القدرة على التفكير و التركيز، وفقدان الثقة بالنفس.

4 – 3 – 5 – الإكتئاب الذهاني الملانخولي الهذياني :

Dépression psychotique mélancolie délirante

ان الإقتناعات السلبية عند المكتئب تؤدي الى تكوينات ذهانية، كهذيان الشعور بالذنب، بالخطأ، بالعار و الفضيحة، هذيان العقاب، الهلاك والإمتلاك الشيطاني ،الفقر الذهني، هذيان توهم المرض وعدم الشفاء. تتطور هذه الهذيانات مع تطور الحالة التي تشجع السمات الأساسية للتفكير الإكتئابي . **(فيريريFerreri،1993)**

4 – 3 – 6 – الإكتئاب الناتج عن الإصابة بأمراض جسمية :

يظهر هذا النوع من الإكتئاب عند الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، كالعجز الكلوي المزمن، الربو، الأمراض الوعائية القلبية، التسمم عن طريق الكحول والمخدرات. **(كوترو Cottraux، 1990)**. ويظهر أيضا في الأمراض العصبية كمرض " **بركنسون** " مصحوبا بأضطرابات على مستوى السلوك والقدرات العقلية والمعرفية. و في الأمراض الغددية مثل قصور الغدة الدرقية أو في حالات الإصابة بالسرطان . **(كاشاKacha، 1996)**

5 – التناولات النظرية المختلفة في تفسير الإكتئاب :

تناول الباحثون موضوع الإكتئاب من وجهات نظر مختلفة مما سمح بظهور تناولات عديدة انبثقت منها طرق لها دور هام في علاجه. ورغم احتواء هذه التناولات على نسب كبيرة من التداخل الا انها تبدو متصارعة في أكثر من مجال ،لعل ذلك يعود الى أن كل اتجاه ركز على جانب واحد من الإضطراب – الإكتئاب– وأهمل الجوانب الأخرى. **(فيريري Ferreri وآخرون،1987)**

5 – 1 – الإتجاه البيولوجي :

ما يميز الإتجاه البيولوجي أنه يصب اهتمامه على الوراثة كعامل أساسي وأولي في ظهور الإكتئاب. فهناك من يذهب الى أن الجينات المختلفة تعمل على انتقال مرض الإكتئاب والى أن ظهوره ناتج عن التشبع بالعامل الوراثي، الا أن هذا التشبع يبقى ضعيفا أمام ظهورالإكتئاب بعد سن الخمسين.

وقد دلت التقنيات العلاجية العصبية على أن مواد النقل العصبي في مناطق الإشتباك للخلايا العصبية مسؤولة عن التغيرات التي تطرا على صنع الأمينات الدماغية واستقلاباتها " **كالدوبامين**" "**Dopamine** "، " **السيروتونين**" " **Serotonine** "، و" **النور أدرينالين**" " **Nor Adrenaline** "، وهذه التغيرات يفترض أنها تلعب دورا هاما في حدوث الإكتئاب.

(الحجار، 1989، ص 85)

5 – 2 – اتجاه التحليل النفسي :

تناول رائد المدرسة التحليلية " **فرويد**" " **Freud** " موضوع الإكتئاب سنة **1957** من خلال كتابه " **الحداد والملانخوليا** " اذ وصفه على أنه حالة نفسية يوجه الفرد فيها عدوانية نحو نفسه عوض أن يوجهها نحو الشخص الذي يمثل حقيقة موضوع مشاعره العدوانية، وفي نظره كل احباط وكراهية يرتبطان بهذا الشخص، وأمام ضرورة تحرير هذه العدوانية المكبوتة يحولهما الفرد الى نفسه.

ولقد ركز " **فرويد**" " **Freud** " من خلال كتابه " **الحداد والملانخوليا** " **على أن مفهومي** " **الحداد** " و" **الميلانخوليا** " هما استجابة ناتجةعن فقدان موضوع الحب، وأن هذا الفقدان يمكن أن يكون حقيقيا أو وهميا بحيث ينتج عنه يأس مصحوب بتقدير واطئ للذات ونظرة سلبية نحو المحيط مما يؤدي الى انطواء الطاقة الليبيدية داخل الأنا ويسبب آلام التهديم للأنا.

ان الخاصية الأساسية للإكتئاب حسب " **فرويد**" هي اضطراب تقدير الذات الذي يعتبر العنصر الوحيد الذي يترجم الوضع السيكولوجي الأليم للمكتئب.

وتنظر **ميلاني كلاين** "**M.Klein**" الى الإكتئاب على أنه مرحلة جد أساسية للنمو السيكولوجي للفرد، ويرتبط في نظرها بأول تجربة فقدان موضوع الحب الأولي – **الأم** – التي يعيشها الطفل في حوالي الشهر الرابع. وتشير "**ميلاني كلاين**" الى أن الطفل ببلوغه سنة من عمره يتعداها.

في حين يعيشها بعض الأشخاص مجددا خلال سن الرشد، وهذا ينجم اما نتيجة لتغيير نفسي داخلي خاص أو نظرا لظروف معيشية معينة . **(فريدن Freden، 1982،ص ص16-17)**

5 – 3 – الإتجاه السلوكي :

يرى أتباع المنظورالسلوكي أن معظم السلوكات الإنسانية سواءا كانت سوية أوشاذة هي سلوكات متعلمة نتيجة لتفاعلات الفرد ببيئته بحيث تخضع لقوانين الإشراط الإجرائي والإشراط الكلاسيكي.

يعتقد السلوكيين بأن السلوك الشاذ يحدث نتيجة لخلل في عملية الإشراط **(التعلم)** وغالبا ما يكون ذلك على شكل تعزيز للسلوك غير التكيفي. **(الخطيب، 1987)**

عموما يشرح الإتجاه السلوكي الإكتئاب من وجهتي نظر مختلفتين تجدان مصدرهما في اطار نظرية التعلم.

5 – 3 – 1 – الإكتئاب و فقدان التعزيز الإيجابي :

أشار الباحثين الى أن غياب الأحداث السارة في البيئة يعمل على فقدان دافعية الفرد تدريجيا فيغلب عليه الخمول والحزن .

اذ يؤكد " **فيستيي**" " **Festier** " **(1974)** و" **سوهن**" " **Sohn** " **(1974)** على أن مختلف الإستجابات الإكتئابية تنتج اما عن وجود عدد كبير من الأحداث السلبية في محيط المريض كتغيير السكن، الفشل في اظهار المهارات الاجتماعية والمهنية، أو عن انخفاض مذهل للأحداث السارة الأمرالذي يؤدي الى نقص في التعزيز الإيجابي بسبب عنصر " **الفقدان**".

ويذهب كل من " **ليفنسن**" " **Levinson** " **(1974)**، " **اكسكال**" " **Akiskal** " **(1975)** الى أن الإكتئاب يحدث أمام فقدان الشخص للتعزيز الإيجابي وتلقيه التعزيز السلبي. بناءا على ذلك فالشخص المكتئب يبدي ظاهرة " **الإنطفاء** " الناتجة عن حرمان كبير للتعزيز الإيجابي بمعنى أنه لا يجد أي دعم من المحيط كتعزيز لسلوكاته من جهة، وتكون التظاهرات الإكتئابية هي فقط المعززة عنده الأمر الذي يعمل على استمرارها من جهة أخرى. **(كوترو Cottraux، 1990)**

أما " **سكينر**" " **Skinner** " فيصف السلوك الإكتئابي بظاهرة انطفاء ناتجة عن حرمان كبير من التعزيزات الإجتماعية الإيجابية مما يترتب عنه فقر أو انخفاض المعلومات حول السلوكات الإيجابية، وبالتالي تعزيز وضعية العزلة وكذا التظاهرات الإكتئابية مما يساعد على استمرارها.

(نقلا عن أيت حمودة، 1999، ص178)

5 – 3 – 2 – العجز المكتسب :

يعتبر" مارتن سلجمان " " M.Seligman " (1975) الإكتئاب كنتيجة لفقدان القدرة على التحكم في وسائل اكتساب التعزيز الإيجابي أو السلبي. ويطلق " سلجمان " " Seligman " على هذه الظاهرة اسم " العجز المكتسب " " Learned helplessness ".

ويضيف الباحث أيضا أن الأشخاص الذين لا يملكون القدرة على التحكم في مواقف النجاح والفشل يكونون عرضة للعجز المكتسب، وفي هذه الحالة يبدو المكتئب غير قادر على القيام بسلوكات مثمرة يلقى الثواب عليها. و في غياب هذا التعزيز يستقر الإكتئاب. (كوتروCottraux، 1984)

ان توصل " سلجمان" " Seligman " الى تفسير تجريبي للإكتئاب كان نتيجة لإختبار دور الحوادث الضاغطة عند مجموعة من الكلاب بحيث قام بوضعها داخل قفص ذو مقصورتين (Une cage avec deux compartiments)، فوضع المجموعة الأولى من الكلاب داخل القسم الأول من القفص في حين بقيت المجموعة الثانية داخل القسم الثاني من القفص، وفي كل مرة كان الباحث يعرض المجموعة الأولى الى صدمات كهربائية متتالية، فيما تبقى المجموعة الثانية في مأمن من الصدمة.

وبعد الإنتهاء من الخطوة الأولى، وضع مجموعتي الكلاب داخل قسم واحد من القفص وقام من جديد باصدار صدمات كهربائية، فتوصل الى أن ثلثي3/2 الكلاب التي تلقت الصدمات الكهربائية المتوالية لم تتعلم القفز الى القسم الآمن من القفص عكس الكلاب التي لم تتعرض للصدمات أثناء اجراء التجربة.

واتضح " لسلجمان" " Seligman " أن هذه الكلاب التي سبق وأن تعرضت لصدمة كهربائية لم تتمكن من الهروب منها لذلك استخلص أنها تعلمت أن أي سعي للهروب هو فعل لا جدوى منه فاستسلمت للسلبية والقنوط واليأس. (كوتروCottraux، 1990)

وفي تفسيره لهذه الظاهرة السلوكية السلبية يرى أن الصدمة الكهربائية لم تكن السبب الذي خلق الإستجابة السلبية عند الكلاب وانما عدم قدرتهم على السيطرة على الصدمة ذاتها.

انطلاقا من هذه الملاحظات حاول" سلجمان" " Seligman " بالتعاون مع زميله " ماير" " Mayer " ربط ظاهرة " العجز المكتسب " بالإضطراب الإكتئابي الذي يظهر عند الإنسان.

وفي هذا الصدد يقول سلجمان'Seligman'« عندما شاهدت الحيوانات اليائسة لأول مرة، فكرت أن هذه الظاهرة يمكن أن تساهم في تفسير حالة القنوط عند الإنسان، وبالتالي نستطيع أن نفهم بشكل أفضل نوع اليأس المشاهد عند الأفراد الذين يعانون من الإكتئاب.»

ومن خلال تجربة " سلجمان " " **Seligman** " في المستشفيات السيكاترية لدراسة مرض الإكتئاب توصل الى أن الإنسان يسلك نفس مسلك الحيوان في سلوكه نحو اليأس و القنوط. فتعرض الإنسان لصدمات عنيفة أو متكررة يؤدي الى نقص السلوكات المنتجة.

الا أن نظرية " **سلجمان**" " **Seligman** " عن التناظر القائم بين الإكتئاب والعجز المتعلم تعرضت الى نقد من قبل زميله " **جوجنهايم** " " **Guggenheim** " وانحصر هذا النقد في نقطتين هامتين هما :

1- ان التعرض الى حوادث خارجية سيئة تصعب السيطرة عليهالا يؤدي حتما الى الإكتئاب أو اليأس .

2- ان نظرية " **العجز المكتسب** " لا تفسر انخفاض درجة تقدير الذات الذي غالبا ما نراه عند مرضى الإكتئاب.

لقد أثار هذا النقد حوافز " **سلجمان** " " **Seligman** " ليعيد النظر من جديد في نظريته وفي تفسير أسباب عدم قدرة الفرد على السيطرة على الحادثة المزعجة.

فتوصل الى أن للناس طرق خاصة بهم في تفسير الحوادث السيئة، اذ يفسرونها على أساس أشياء ثابتة معمقة و يصدرون أحكاما سببية داخلية أمامها. ففي حالة وجود الشخص أمام اخفاق مثلا فانه يحمل نفسه مسؤولية هذا الإخفاق ويعتبره مطلقا، ثم يتوقع هذا الأخير ويعممه في كل مجالات حياته. أما في حالات النجاح فالشخص يصدرأحكاما مرتبطة بعوامل خارجية كالصدفة أو تدخل أشخاص آخرين في نجاحه، وأحكاماأخرىغير ثابتة مثلا : " لن يطول هذا النجاح طويلا ".

حسب " سلجمان " " Seligman " يعتبر الفرد الذي يميل الى تفسير الأشياء السيئة انطلاقا من أحكام داخلية ثابتة وشاملة أكثر الأفراد تعرضا للإكتئاب عندما تلم به المصائب وتعترض سبيل **حياته الصعوبات و الشدائد . (الحجار، 1989)**

<u>5 – 4 – التناول المعرفي :</u>

يذكرنا التناول المعرفي للإكتئاب حسب " باك " " Beck " (1979) بنموذج معالجة المعلومة، وتقوم الفرضية الأساسية لهذا النموذج على أن الأشخاص المكتئبون يظهرون مخططات معرفية غير واعية يحتفظون بها في الذاكرة طويلة المدى التي تنتقي بدورها المعلومات بابقائها على الجوانب السلبية للتجارب المعاشة. كما تحتفظ المخططات المعرفية بمجموعة من القوانين الصارمة الكامنة تظهر على شكل أوامر نذكر من بينها على سبيل المثال :

- يجب أن أنجح في كل وقت و دائما.

- يجب أن أكون محبوبا من طرف الجميع.

بالإضافة الى ذلك يجد المكتئبون صعوبات في اتخاذ القرارات كما يغلب عليهم التشاؤم واليأس غير المنطقيين وتراودهم أحلام اكتئابيةغريبة، مع انخفاض في تقدير الذات.

كل هذه المظاهر ما هي الا ترجمة اكلينيكية لإضطراب في معالجة المعلومات من طرف هذه المخططات المعرفية. (كوتروCottraux، 1990)

وتظهر الإختلالات المعرفية عند المكتئب على شكل مجموعة من الأخطاء المنطقية المختلفة منها :

أ- الاستنتاج الاعتباطي : Inférence arbitraire

ويعتبر الخطأ المنطقي الأكثر ترددا ووضوحا عند الشخص المكتئب ويتمثل في استنتاجات بنيت على أساس قاعدة من المعلومات غير المنسجمة كما يوضحها المثال الآتي :

عندما يترأس شخص مكتئب اجتماعا مثلا يكون لديه احساس أنه مرفوض من طرف الحضور اذا تحدث كثيرا أثناء الإجتماع، واذا لم يفعل يرفضونه أيضا لأنه بذلك الشكل لم يقدم لهم شيئا.

فالفكرة الرئيسية بالنسبة لهذا المكتئب أنه في كل حال من الأحوال يعتبر شخص غير ملائم لتلك الوضعية (ترأس اجتماع).

ب- التجريد الإنتقائي : Abstraction sélective

ويكون ذلك بالتركيز على جزء ما من موضوع معين، بحيث يكون هذا الجانب خارج أو بعيد عن الموضوع بشكل يجعل من الفهم العام لطبيعة الوضعية عملية غير مدركة.

ج- التعميم المفرط : Sur généralisation

انطلاقا من مؤشر واحد يقوم الفرد المكتئب بتعميم اخفاقاته على كل الوضعيات الأخرى مع توقعه لإخفاقات أخرى في المستقبل.

د- التعظيم والتصغير : Maximalisation et minimisation

كان يعظم المكتئب ما أصابه ويصغر نفسه، أو يعطي قيمة للحوادث السلبية ولا يبالي بالحوادث المفرحة.

هـ- الذاتية : La personnalisation

وتتمثل في القاء المسؤولية على النفس والإفراط في تقدير العلاقات بين الحوادث السلبية (كالإخفاق أو العجز...الخ) والذات أي تفسير الأمورمن وجهة نظرشخصية.(**عبد المعطي، 1998**)

و يرى " **باك** " " **Beck** " **(1979)** أن الإكتئاب اضطراب في التفكير، أما أعراضه فهي نتاج لتنشيط أنماط معرفية سلبية في وضعيات توتر أو حزن.

ويتضمن المخطط الإكتئابي في نظر" **باك** " " **Beck** " ثلاثية معرفية تعتبر النواة الأساسية للإكتئاب وهي تشمل :

1- النظرة السلبية للذات :

فالمكتئب ينظر الى نفسه على أنه فرد غيركفؤ وغير قادر على الوصول الى السعادة.

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي :

ينظر المكتئب الى العالم الخارجي على أنه مليئ بالعراقيل التي تعيق مسارتحقيق مشاريعه المستقبلية.

3- النظرة السلبية للمستقبل :

ان المكتئب غير متفائل بما ينتظره في المستقبل الى درجة أنه لا يرى حل للوضعية المتأزمة التي يعيشها.

بصفة عامة ترتبط الإستجابة الإكتئابية بالجوانب المعرفية، أما شدتها فوثيقة الصلة بالطابع المنطقي والعقلاني لهذه المعارف عند الفرد. (**كوتروCottraux، 1990**)

6 - أهم علاجات الإكتئاب : Les thérapies de la dépression

يلعب الصراع الإديولوجي القائم في عالمنا المضطرب حول مفهوم الأمراض النفسية، العقلية منها والسيكوسوماتية التي يتعرض لها أغلبية الناس في كل مجتمع ،دورا بالغ الأهمية في ظهور مناهج لتفسير و علاج تلك الأمراض أملا في الوصول الى تكوين صورة شاملة ومتكاملة لشخصية المريض.

6 – 1 – العلاجات الكيميائية :

تعتبر هذه العلاجات ضرورية لبعض الحالات الإكتئابية نذكر منها:

6 – 1 – 1 – العقاقير النفسية Les psychotropes :

تعتبرأحد أكثرالعلاجات المضادة للإكتئاب نجاعة بحيث تؤثرعلى الجهاز العصبي المركزي بطريقة مباشرة أوغير مباشرة وهي تصنف الى :

6 – 1 – 1 – 1 – مضادات الإكتئاب Les anti-dépresseurs :

وهي أدوية خاصة بالمزاج الإكتئابي يعود استعمالها في ميدان الطب العقلي الى سنة **1957** تتجسد في مثيرات لها أثر في تعديل المزاج نميز من بينها :

أ- **المضادات الإكتئابية الثلاثية الحلقة Les anti-dépresseurs trycyclique :**

لها أثر على الجهاز نظير الودي بحيث ينعكس مفعولها على المزاج الإكتئابي وكذا الأعراض السوماتية المختلفة المرتبطة بالإكتئاب.

ب- **المضادات الكافة للحمض الأميني الأحادي المؤكسد : Inhibiteur de la monoquine**

وتلعب دورا مهمافي التخفيف من التعب النفسي.

6 – 1 – 1 – 2 – المهدئات Les tranquillisants :

وهي أدوية تعمل على التخفيف من الأعراض السوماتية كالإضطرابات القلبية الو عائية (كارتفاع الضغط الشرياني)، الذبحة الصدرية، والإضطرابات الهضمية ..الخ.

تتمثل خاصية المهدئات في التخفيف من الحصرة المصاحبة للإكتئاب، في حين ليس لها أثر على الإكتئاب نذكر من بينها: **Lysamix**، **Librium**، **Fexomil** وغيرها. (**فيريري Ferreri**، **1987**)

6 – 1 – 1 – 3 – المنومات Les hypnotiques :

لا تستعمل المنومات الا في الحالات التي يشكو فيها المريض من الأرق الشديد.وأهم ما يستخدم منها مشتقات كل من **Benzodiazépine** و **L'hénothiazines**.

6 – 1 – 1 – 4 – الليثيوم : Le lithium

وهو معدل ومثبت للمزاج يستعمل عادة في ذهان هوس الإكتئاب اذ يعمل على التخفيف من الانتكاس.

6 – 1 – 1 – 5 – المهدئات العصبية : Les neuroleptiques

يعود استعمالها الى سنة **1952** و لهادور مضاد للذهان**(Antipsychotique)** يتمثل في قدرتها على التخفيف من الهذاءات و الهلاوس. كما تعتبربمثابة مسكنات اذ تسمح بتخفيف الإثارات الحصرية، النفسية الحركية واضطرابات النوم، ضف الى ذلك تلعب دورا لا يستهان به في التصدي للتباطؤ النفسي الحركي.

6 – 1 – 1 – 6 – العلاج عن طريق النوم : La cure de sommeil

تستعمل هذه التقنية العلاجية في المستشفى تحت عناية شديدة بحيث تتم اثارة النوم عند المريض لمدة طويلة عادة ما تكون في حدود أسبوع. و تستخدم في حالات "**الميلانخوليا**" أين يكون الألم الفكري غير مطاق. (**فيريريFerreri، 1987**)

6 – 2 – العلاجات النفسية :

تعتبر العلاجات النفسية ذات دور فعال في علاج الإكتئاب وهي قد تأخذ طابع فردي أو جماعي، اذ منها ما يستغرق شهورا ومنها ما يستغرق أسابيع قليلة. كما أن مدة العلاج تتوقف الى حد كبير على حدة الإضطراب من جهة وأهداف العلاج من جهة أخرى، اضافة الى شروط التطبيق مع الخلفية النظرية للمعالج.

ومهما كان شكل البرامج العلاجية في مجال الصحة النفسية، ومهما تنوعت الأهداف المنشودة، ثمة هدف أسمى يصبو اليه كل معالج ألا وهو التخلص من الإضطرابات النفسية واعادة التوازن الإنفعالي للمفحوص.

ومادام الإطار النظري لبحثنا يعتمد على النموذج المعرفي سواء من حيث المفاهيم المستعملة أو من حيث أدوات القياس لإختبار الفرضيات المطروحة سيتم التركيز على" أهم التقنيات المعرفية في علاج الإكتئاب وعلى مدى فعاليتها ."

6 – 2 – 1 – العلاج المعرفي أمام الإكتئاب :

يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والإنفعالات والسلوك حيث تتحدد الإستجابات الإنفعالية و السلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره، والمعنى الذي يعطيه لحدث معين. ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيرا من الإستجابات الوجدانية والسلوكية والإضطرابات النفسية تعتمد الى حد كبير على معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به ومن ثم فان الإكتئاب عادة ما يصاحبه طرقا غامضة متناقضة من التفكير فيما يتعلق بالذات والبيئة على حد السواء. ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج المعرفي على تغيير مفاهيم المريض، واعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه. **(ابراهيم، 1983)**

ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة في اطار العلاج المعرفي نذكر منها :

العلاج المعرفي الذي أرساه " **أرون باك** " " **Beck** " حيث يسلم بأن المريض بالإكتئاب يستحدث آراءا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي، الحاضر والمستقبل تجعل عقله مليئا بمعارف ومقدمات خاطئة.

بصفة عامة يعتبر " **باك** " " **Beck** " النزوع الى الخبرات الخيالية المشوهة مبررا للإنحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الإضطرابات النفسية، ومن ثم ترتكز أهم أهداف العلاج المعرفي من وجهة نظر" **باك** " " **Beck** " على تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق، والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها معتمدا على عدة أسس أهمها :المشاركة العلاجية، اختزال المشكلة التي يعاني منها المريض، ومعرفة كيفية العمل على حلها.

يتضح مما سبق أن فنيات العلاج المعرفي عند " **باك** " " **Beck** " تقوم على رصد عمليات التفكير غير السوية، وملئ الفراغ المعرفي، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الإستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على:

"يجب أن، لابد من، من المفروض أن...الخ" وصولا بالمريض الى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

في هذا الصدد يشير" **البرت اليس** " " **Ellis** " الى أن الأفراد المضطربين يعانون من التعاسة لأنهم لا يستطيعون تحقيق أمنياتهم بسبب ما يفرضونه على أنفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثل:

- يجب أن يكون الإنسان محبوبا دائما.

- ينبغي أن يكون الشخص أكثر كفائة وانجازا.

- من المفروض أن يكون هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة ...الخ.

وفي نظر" **اليس**" " **Ellis** " يظهرالإكتئاب عندمايثير موقف معين اعتقادات غير عقلانية، ويعتبر أن الحوادث الخارجية ليس لها صلة بانفعالاتنا وانزعاجاتنا وانما ادراكنا لتلك الحوادث وتقييمنا لها، والتوقعات التي تنتج عن هذا التقييم هي التي تخلق الإنفعالات سواءا كانت سارة أم مزعجة .

بناءا على ذلك أرسى " **ألبرت اليس** " " **Ellis** " اتجاها آخر في العلاج المعرفي أطلق عليه تسمية " **العلاج العقلاني الإنفعالي** " الذي يسمح بتزويد المريض بالطرق التي تمكنه من التحليل المنطقي لأفكاره معتمدا على عدة فنيات منها :

- أساليب معرفية تسمح بمساعدة المريض على التخلي عن الأفكارالمتعلقة بطلب الكمال، كما تسمح بالفصل بين معتقداته اللاعقلانية ومشكلاته .

- أساليب انفعالية اظهارية تقوم على التقبل، لعب الدور، الفكاهة والمرح ومواجهة مشاعر الدونية.

- أساليب سلوكية في صورة واجبات منزلية . **(عبد المعطي،1998، ص ص381- 382)**

<u>6 - 2 - 2 - مميزات العلاج المعرفي أمام الإكتئاب :</u>

بصفة عامة يتميز العلاج المعرفي بجملة من الخصائص :

1- أنه علاج قصير المدى يستغرق من 15 الى 22 حصة لمدة تتراوح من 4 الى 5 أشهر.

2- تقوم كل حصة على تسهيل التعامل مع المفحوص وجعله أكثر فعالية.

3- أسلوبه تعاوني، فالمعالج والمفحوص يعملان معا لتحديد وحل المشاكل.

4- يتبنى المعالج أثناء مراحل العلاج دورا فعالا ومباشرا أحيانا ودورا ارشاديا أحيانا أخرى لتحديد وحل المشاكل انطلاقا من أسئلة غير مباشرة.

5- منهجه تجريبي في حل المشاكل وتعديل الأفكارالخاطئة والعادات المضطربة.

وتقود المعالج المعرفي في مواقفه النفسية العلاجية ستة أهداف رئيسية هي :

1- يجب أن يكون المفحوص على وعي بأفكاره الآلية السلبية.

2- يجب أن يدرك المفحوص العلاقة بين أفكاره، انفعالاته، وسلوكاته.

3- يجب أن يتعلم المفحوص أن يختبرمدى صلاحية أفكاره الآلية ويعيد النظرفيها.

4- يجب على المفحوص أن يصل الى تفسيرات واقعية لأفكاره الآلية التي تطغى عليها السلبية.

5-عند اقتراب نهاية العلاج يجب أن يحدد المفحوص ويغير مخططاته المضطربة.

6- يربط المعالج دائما النقاط الهامة التي لها علاقة بالمشاكل المطروحة. **(كوترو Cottraux، 1990)**

6 – 2 – 3 – فعالية العلاج المعرفي أمام الإكتئاب :

منذ سنة **1977** أوضحت عدة أعمال القيمة العلاجية والوقائية للعلاج المعرفي أمام الإكتئاب، ومن بين النتائج المستخلصة عن 7 دراسات قارنت بين العلاج المعرفي ومضادات الإكتئاب ما يلي :

- أثبت العلاج المعرفي فعالية كبيرة على المدى القصير مقارنة مع مضادات الإكتئاب في دراستين.
- أكدت خمسة دراسات على أن للعلاج المعرفي ومضادات الإكتئاب نفس الفعالية.
- اجتماع العلاج المعرفي مع مضادات الإكتئاب يعطي نفس النتائج التي يحققها العلاج المعرفي وحده وهذا ما أوضحته أربعة دراسات.
- أكدت ثلاثة دراسات من بين أربعة قامت بتتبع حالة لمدة سنة الفعالية العالية للعلاج المعرفي وحده أو بمشاركة مضادات الإكتئاب . **(كوتروCottraux، 1990، ص198)**

7 – العلاقة بين الضغط والإكتئاب والمناعة :

في اطار الكشف عن العلاقة القائمة بين الضغط والإكتئاب والمناعة قام كل من **" سلجمان " " Seligman " و" أفرمير" " Overmeir " (1967)** باجراء تجربة على طلبة خلال فترة الإمتحانات وتجربة أخرى على مجموعة من الأشخاص يمرون بظروف صعبة (طلاق، مرض خطير، وفاة قريب...الخ) فتبين لهما أن مثل هذه الحوادث ينجم عنها نقص في الكريات اللمفاوية وكثيرا ما لاحظ الباحثان هذا النقص عند الأشخاص المكتئبين.

وقد توصل **" انجل " " Engel " و" شمال " " Schmal " (1967)** الى أنه تحت تأثير الحوادث الضاغطة قد ينتج اكتئاب هذا الأخير قد يؤدي الى الإصابة بمرض عضوي.

دراسة أخرى ل " **لبورسكي** " " **Luborsky** " وآخرون **(1973)** حول مجموعة من الأمراض العضوية، أظهرت أنه في حالة النظر في السوابق المرضية للأشخاص المصابين بتلك الأمراض نجد **13 %** يعانون من الإكتئاب، **12 %** يعانون من مشاعر اليأس والعجز،

9 % يعانون من حالات الإنفصال، **17 %** يعانون من مشاعر العدوانية و**13 %** يعانون من مشاعرالرفض. وفي نفس السياق كشف " **كالابريس**" " **Calabres** " **(1987)** عن وجود علاقة بين الإكتئاب والإفراط في افراز هرمون "**الكورتيزول**" " **L'hypercortizolémie**".(**كوترو**، **Cottraux** **1990**)

وأظهرت دراسات أخرى علاقة حوادث الحياة بالوظيفة المناعية اذ توصل كل من" **اروين** " " **Irwin**' و " **وينر**" " **Weiner** " **(1977)** الى أنه يمكن لحوادث الحياة أن تسبب اكتئاباونقصا في فعالية الوظائف المناعية. كماتوصل كل من " **مورفي** " " **Murphy** "

و" **ليجتن** " " **Leighton** " **(1987)** من خلال دراستهما التي أجريت على **1003** راشدا الى وجود علاقة بين الإكتئاب و معدل الوفاة عند هؤلاء. (**شوتزر** **Schweitzer**، **دانتزر** **Dantzer**، **1994**)

خاتمة :

يعد الإكتئاب من الحالات الإنفعالية السلبية الناتجة عن الإصابة بأمراض مزمنة و لعل مرض الربو من بين هذه الأمراض التي تحدث تغيرا جذريا في حياة المريض مما يولد لديه الأعراض النفسية المصاحبة للإكتئاب من تعب، أرق و تقدير واطئ للذات...الخ

وقد تتدخل عوامل عديدة تعمل على تعزيز انفعال الإكتئاب عند المصاب بمرض الربو خاصة منها تطورات المرض التي تكون أحيانا مفاجئة، تأثير المرض على سير الحياة العادية للمريض لما يفرضه من تبعية للآخرين وخضوع لنظام دوائي مستمر و كذا شخصية المريض و موقفه ازاء المرض. هذه العناصر تجعل من شدة الإكتئاب و الإستجابة له تختلف من مصاب الى آخر.

الفصل الثالث

الضغط النفسي و المقاومة

المبحث الأول
الضغط النفسي

- تمهيد

1 – لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط

2 – عوامل غموض مفهوم الضغط

3 – تعريف الضغط

4 – نظريات الضغط

4 – 1 – التناول الفيزيولوجي

4 – 2 – التناول النفسي الإجتماعي

4 – 3 – التناول المعرفي

5 – الخصائص الشخصية المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة

تمهيد :

ان الإنسان كائن مزدوج "روح وجسد " فهو يمثل وحدة نفسجسمية متناسقة، يرجع توازن هذه الوحدة الى عوامل داخلية وأخرى خارجية، ولكن قد يحدث ويختل توازنها فيعرف الإنسان **أمراضا مختلفة قد تكون عضوية كما قد تكون نفسية مما يسبب له آلاما جسمية ومعاناة نفسية نظرا** لشدة ارتباط الجانبين فيما بينهما، وفي هذا الصدد يقول" **ليريش** "

"Lerich" : « ان الألم الجسمي ليس مجرد عمل السيالة العصبية التي تسير بسرعة معينة في العصب، وانما هو أيضا نتيجة الصراع بين المثير والإستجابة.» (**جاني Jeannet وآخرون، 1980**)

ويمر الكائن البشري خلال حياته بوضعيات ومواقف ضاغطة متعددة ومختلفة لكل منها تأثيرها الخاص عليه. اذ يرى الباحث " **لوك** " **"Locke" (1982)** أن أثر المواقف الضاغطة على الجهاز المناعي والتغيرات التي تحدث له ترتبط أساسا بحداثة المواقف والمدة الزمنية التي يستغرقها الحدث.

وفي دراسة أخرى لكل من " كروس" "Krauss" و " لوك" "Locke" (1982) اتضح أنه كلما زادت مدة الضغط كلما زاد الأثر، وأنه في حالة استمرار الوضعية الضاغطة لفترة تفوق 12 شهرا فان هذا يقلل من النشاط الخلايا القاتلة الطبيعية من نوع (N.K). (نقلا عن وندلوس، 2000، ص51)

ويعتبر الضغط أحد العوامل النفسية التي درست في التفسيرات الطبية بما في ذلك ميدان الطب السيكاتري وبالضبط في الدراسات التي اهتمت بموضوع الفصام والإكتئاب وكذا ميدان الأمراض النفسية الجسمية . فالكثير من الباحثين يعتقدون بأن الضغط مرتبط بالصحة و المرض **مما جعل موضوع آثار الضغط على الصحة يشغل أهمية بالغة في الوقت الحديث.**

اذ أشار "**بنسبات**" " **Bensabat** " **وآخرون (1980)** الى أن الإنسان في هذه الأيام يرى **صحته أكثر تعرضا للتهديدات من خلال المتطلبات اليومية للحياة الإجتماعية والمهنية ومن خلال صعوبات التكيف. فالضغط مرض الحضارات الحديثة أصبح من الأسباب الأولى للإجهاد العضوي،** المرض وكذا الوفاة. **(نقلا عن أيت حمودة، 1999)**

1 – لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط :

ان الضغط أوالإجهاد حالة غير جديدة في حياة الإنسان، غير أن الجديد فيها أنها حالة أكثر شيوعا وانتشارا، وأنها في تزايد مستمر، وهي كالقلق أصبحت من سمات هذا العصر. **(كمال، 1983، ص291)**

فالناس بمختلف شرائحهم يشتكون اليوم من الضغط حتى أصبح يشار اليه عند العامة **"بعلة نهاية القرن** ". ونظرا لشيوع هذه الظاهرة في الحياة العامة وفي العمل، أصبح البحث فيها يستقطب اهتمام الكثير من الباحثين في علم النفس والطب، غير أن الإشكال الذي أضحى يقف كعائق أمام تطور البحث، هو خصوصيات مفهوم الضغط من حيث القياس، التناول، وحتى التصور، وفي بعض الحالات على مستوى التخصص الواحد. **(بن طاهر، 1998 ، ص654)**

وقد عرف مصطلح **"الضغط"** استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة اذ استخدم هذا المصطلح في أوائل القرن **14** للدلالة على حالات المشقة والضيق والحزن. **(نقلا عن أزروق، 1997)**

واستعمل في القرن**17** من طرف الإنجليز للدلالة على حالات **الأسى** " **Affliction** "، **المحنة** " **Adversité** "، **الصعوبات** " **Difficultés** " **والشقاء** " **Malheur** ". ثم استعمل من طرف المنظرين في ميدان الفزياء أمثال " **بويل** " " **Boyle** " لدراسة الغازات، وكذا المنظرين في ميدان الهندسة أمثال " **هوك** " " **Hooke** " لدراسة مرونة النوابض.

وابتداءا من القرن **19** استعمل " **كوشي**" " **Cauchy** " مصطلح الضغط في ميدان الفزياء لدراسة الأجسام الصلبة (**Les corps solides**) للدلالة على القوة الداخلية الناشئة داخل الجسم الصلب نتيجة لقوة تهدده بالتشويه. **(بولهانPaulhan، بورجواBourgeois، 1998 ، ص8)**

كما أدخل مفهوم الضغط في ميدان الطب أين اعتبر كقاعدة مهمة لتفسير الإضطرابات الصحية، يظهر ذلك من خلال ما كتبه " **هنكل** " " **Hinkle** " **(1977)** نقلاعن **"وليام أوسلر"** " **"William Osler** **(1910)** حول الإضطرابات الصحية التي يتعرض لها الرجل اليهودي، اذ يقول :

« يعاني الرجل اليهودي من الإجهاد والتعب الى أقصى حد في طاقاته العصبية، نتيجة للعيش في حياة متوترة، وانهماكه في العمل، وتكريسه وقتا وجهدا كبيرين لتسيير شؤون بيته. كما أن جهازه العصبي معرض للضغط والتوتر اللذان سيصبحان العامل القاعدي للعديد من حالات الذبحة الصدرية. »

فابتداءا من عام **1914** يستعمل" **ولتر كانون** " " **Walter Cannon** " مصطلح الضغط " **Stress**" للدلالة على كل استجابة فيزيولوجية تتولد نتيجة لإنفعالات.

وفي عام **1928** يرجع " **كانون** " "**Cannon**" هذه الإستجابة الى كل الإعتداءات التي من شأنهاعرقلة نشاط الجهاز الإعاشي" **Système neurovégétatif** ". (**بولهان Paulhan**، **بورجوا Bourgeois**، **1998**)

ومنذ بداية الثلاثينات وبالضبط في عام **1932** استخدم " **ولتر كانون** " مصطلح الضغط في دراسته لفزيولوجيا الإنفعالات، واعتبر الضغط اضطرابا في الإتزان البدني ينشأ تحت ظروف معينة كالتعرض للبرد، نقص الأكسجين أو انخفاض السكر في الدم. **(نقلا عن ازروق،1997)**

وجاء بعده "**هانس سيلي**" " **Hans Selye** " **(1936)** ليتحدث عن مصطلح الضغط معتبرا اياه كمجموعة من الإنفعالات الفزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئية معينة أو أي عدوان يهدد كيان الفرد أو توازنه. (**ليفكورت Lefcourt و آخرون ، 1984**)

بعدها وفي فترة الأربعينات و الخمسينات، اتسع مجال استخدام مصطلح الضغط ليشمل ميداني علم النفس وعلم الإجتماع اذ أطلق علماء الإجتماع أمثال " **ريبو**" "**Ribots** "، " **بانكس** " " **Panics** " " **لازاروس** " " **Lazarus** " و" **فولكمان** " " **Folkman** " (**1984**) مصطلح الضغط على المستوى الإجتماعي لشرح ارتفاع نسبة الإنتحار، الجريمة و الأمراض العقلية في مجتمع ما.

وكانت نقطة التحول الكبرى والمهمة في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبعينات، اذ تميزت بصدور عدة مؤلفات كانت تتوفر على جانب كبير من المنهجية والتنظيم بالمقارنة مع ما سبقها.

ومن خلال مؤلفات " **ماك قراث** " " **Mc Grath** " **(1970)** و " **ليفين و سكوث** " " **Levine and scoth**" **(1970)** تم الإعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية، لايمكن تجاهله.

وعلى الرغم من توفر عدد لابأس به من البحوث والدراسات التي دارت حول مصطلح الضغط، الا أنه لم يتم التوصل الى تعريف محدد له في تلك الفترة.

وفي هذا الصدد أشار كل من " **اليو**" " **Elliot** " و" **ايزودوفر**" **Eisodofer** " **(1982)** الى عدم وجود مثل هذا التعريف في قولهما :

« بعد مرور خمسة وثلاثين سنة من البحث، لم يتوصل أي باحث الى صياغة تعريف خاص بمصطلح الضغط من الممكن أن يحصل على اجماع واتفاق معظم الباحثين حوله.»

(نقلا عن ازروق،1997)

و يرجع ذلك ربما الى الصعوبات المنهجية التي يفرضها التعامل مع مصطلح الضغط كمصطلح واسع ومعقد.

2 - عوامل غموض مفهوم الضغط :

ان مصطلح الضغط أو الإجهاد من المصطلحات الخاصة التي يمكن أن يفهمها عامة الناس عندما يستعمل في سياقه العام .ولكن يفهمه القليل منهم عندما يستعمل في سياقه العلمي نظرا لتعاريفه المتباينة واستعمالاته الموقفية المتناقصة . فبناءا على الفوضى المفاهيمية التي يتميز بهاهذا المفهوم ، نجد بعض الباحثين يدعون الى ضرورة الإستغناء عنه، واستبداله بمفهوم آخر أكثر وضوحا و تحديدا ، عوض الغوص في مناقشات عقيمة. **(بن طاهر، 1998، ص 654)**

و من جملة عوامل غموض مفهوم الضغط ما يلي :

- استعماله بمعاني مختلفة من طرف الباحثين، فهناك من يعتبره كسبب وهناك من يعتبره كاستجابة مصاحبة لظرف معين.
- اهتمام بعض الدراسات بالجوانب النفسية المصاحبة للضغط و اهتمام البعض الآخر بالجانب الفيزيولوجي في الضغط. **(بولهانPaulhan ، بورجواBourgeois ، 1998)**
- **تميز الدراسات والبحوث التي تناولته بالتكرارية وعدم الغوص في أبعاده الأساسية، وفشلها** في النظر اليه كعملية فردية تنبع من تفاعل الشخص مع بعض المواقف.
- **استعمال مصطلح الضغط كمرادف لظواهر انفعالية كالقلق، الإحباط، التوتر...الخ.**
- تباين استعمالاته اللفظية، حيث يشار اليه في البحوث الأجنبية بعدة ألفاظ نذكر منها على سبيل المثال مايلي : **Astreinte ، Pression ، Distress ، Tension ،Contrainte.**

(كاسل Kasl ،1984)

3 - تعريف الضغط :

بصفة عامة يعكس مصطلح الضغط مرض العصر لإرتباطه بالتغيرات الإجتماعية السريعة والمستمرة، وما يترتب عنها من متطلبات ضرورية للتكيف. **(نقلا عن عيطور،1997)**

اذن ليس الضغط بظاهرة جديدة في حياة البشرية فقد كان موجودا منذ آلاف السنين لإرتباطه بسيرورة الحياة. (**كمال، 1983**)

يعرف " **لازاروس**" " **Lazarus** " الضغط " **Stress** " في أول أبحاثه على أنه :

" مجموعة من الإضطرابات البدنية والنفسية التي تولدها المؤثرات الضاغطة مثل البرد، المرض، الإنفعال والصدمة الجراحية." (**أوبرتAubert، 1989**)

كما عرفه " **بنسبات** " "**Bensabat** " **(1980)** في نفس السياق مستبدلا مصطلح " **المؤثرات الضاغطة** " "**بعوامل الضغط** " و يتجسد تعريفه في اعتباره الضغط « كاستجابة تكيف أمام متطلبات جد متباينة تدعى عوامل الضغط مثل البرد، الصدمات الجسدية، المرض ،التعب، الإكراه و الفشل ...الخ.

و يعتبر " **بنسبات** " " **Bensabat** " **(1980)** مثل هذه الحالة من الضغط المهدد كعامل مسؤول عن ظهور ما يسمى بأمراض التكيف أو ارهاق العضوية ،مؤكدا على أن الضغط عملية فيزيولوجية طبيعية لإثارة و استجابة و كذا لتكيف و ارتقاء الإنسان. (**بنسبات Bensabat، سيلي Seyle، 1980**)

و يشير" **لازاروس** " " **Lazarus** " و" **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)** في تعريفهما للضغط الى أنه "عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و البيئة، يقدر الفرد حدود تلك العلاقة على أنها حدود تتجاوز امكانياته و مؤهلاته و تزعج راحته و هدوءه ".

يركز" **لازاروس** " " **Lazarus** " و" **فولكمان** " " **Folkman** " من خلال هذا التعريف على أهمية العلاقة الكائنة بين الفرد والبيئة بما تحتويه من متغيرات تتوسط تلك العلاقة. تتجسد هذه المتغيرات في نظرهما في عمليتين جوهريتين هما : **التقدير المعرفي** و **المقاومة**.

أما عن عملية " **التقدير المعرفي** " فهي عملية معرفية تقديرية تسمح للفرد بتحديد طبيعة المثير الذي يشكل مصدر ضغط بالنسبة له في تعامله مع بيئته و بالكشف عن ماهية العناصر التي تجعل منه مصدر ضغط مهدد.

في حين تعكس عملية " **المقاومة** " العملية التي يلجأ اليها الفرد بغرض معالجة المتطلبات التي تفرضها عليه علاقته مع بيئته في اطار الضغط الذي تم تقديره سابقا. (**لازاروسLazarus، فولكمان Folkman،1984**)

بناءا على معطيات" **لازاروس** " " **Lazarus** " و" **فولكمان**" "**Folkman** " في تعريفهما للضغط، يتضح أن هذا الأخير لا يتوقف فقط على الموقف الخارجي المثير- **الموقف الضاغط** - بقدر ما يتوقف على الإستجابة المعرفية، وطبيعة التفاسير و المعاني التي يضفيها الفرد على هذا

الموقف، والآليات التي يجندها لمواجهة الضغط المترتب عنه، كل هذه العناصر تدخل في اطار دراستنا الحالية.

4 - نظريات الضغط :

شكل مفهوم الضغط موضوعا لعدد كبير من المحاولات النظرية مما ترتب عنه اختلاف التعاريف ووجهات النظر في تفسيره، تجسدت هذه الاخيرة في تناولات نظرية متعددة نلخصها في ما يلي :

4 -1 - التناول الفزيولوجي:

يعتبر " **هانس سيلي** " " **Hans Selye** " من الرواد الأوائل في دراسة " **الضغط** " اذ كتب **38** كتابا وأكثر من **1700** مقالا حوله. نذكر من بينها أول كتاب له سنة **1936** تحت عنوان : « **زملة مصدرها العديد من العوامل المؤذية** . »

ويعرف" **سيلي**" " **Selye** " الضغط في آخر كتاباته سنة **1982** على أنه: " نتيجة محتملة لكل المطالب المفروضة على الجسم بالقوة سواءا تعلق التأثير بالناحية العقلية أو الجسدية."

ويشير" **سيلي**" " **Selye** " الى أنه منذ السنوات الأولى من مزاولته للطب كان مندهشا للإستجابة النمطية (**La réponse stéréotypée**) المترتبة عن اصابة الفرد بمرض معين. ففي نظرة تؤدي الأمراض على تعددها واختلافها الى أعراض متشابهة تتجسد في :

نقص الوزن (**Perte de poids**)، فقدان الشهية (**Perte d'appétit**)، نقص القوة العضلية (**Manque de force musculaire**) ...الخ.

كما توصل " **سيلي**" " **Selye** " من خلال أول التجارب التي قام بها في جامعة "**ماك جيل** " " **Mac Gill** " بمونتريال (**Montreal**) بكندا (**Canada**) و التي أجريت على بعض الفئران بغرض البحث عن هرمونات جديدة تفرزها مبايض (**Les ovaires**)اناث الفئران بعد أن زرع بدلها مبايض لماشية الى ثلاث نتائج رئيسية :

1- افراط في افراز الغدة الكظرية.
2- ظمور الأعضاء اللمفاوية كالطحال.
3- تقرحات معدية.

و اتضح " **لسيلي**" " **Selye** " أن هذه التغيرات تحدث بطريقة نمطية مهما كانت المواد السامة التي تهدد الجسم من جهة، و بعض العوامل التي تعترضه كالبرد، الحرارة، التعفنات، الصدمات، النزيف الدموي و الإلتهابات العصبية من جهة أخرى.

تمثل هذه العناصر في نظر **سيلي** " **Selye** " علامات ثابتة تدل على اصابة الجسم و ذلك مهما كانت الأمراض التي يعاني منها الفرد دون استثناء.

و يرى" **سيلي**" " **Selye** " بأن هذه التغيرات تعبر عن علامات موضوعية للضغط الذي يعاني منه الفرد اذ أطلق عليها اسم :" **الزملة العامة للتكيف** " " **Syndrome générale d'adaptation** "(**SGA**) أو اسم :" **الزملة البيولوجية للضغط** " " **Syndrome biologique de stress** " (**SBS**).

يتضح مما سبق أن " **سيلي** " " **Selye** " لم يستعمل مصطلح الضغط في بداية أبحاثه بل استعمل مصطلح " **الزملة** " " **Syndrome** ". (**بولهان Paulhan، بورجوا Bourgeois، 1998**)

ويعتبر " **سيلي**" " **Selye** " الزملة العامة للتكيف (**SGA**) على أنها تفاعل بين قوة المؤثر ونوعية المواجهة التي يوضفها الجسم لإسترجاع توازنه الأساسي من جهة ولتكيفه مع الوقائع الجديدة من جهة أخرى.

ويضيف " **سيلي** " بأن الزملة العامة للتكيف – **الضغط** – تتجسد في مجموعة من الإستجابات يمكن التماسها خلال ثلاثة مراحل هي :

1- مرحلة الانذار : Réaction d'alarme

عند حدوث صدمة ما يضطرب جسم الإنسان ويصبح غير متكيف مما يؤدي الى خلل في افرازات الغدد الباطنية ويتولد عن ذلك اضطرابات في التوازن تعبر على شدة الصدمة . في هذه الحالة تنشط الغدة النخامية (**L'hypophyse**) الغدتان الكظريتان(**Les glandes surrénales**) لإفراز هرمونات التكيف بغرض مقاومة الواقع بواسطة قوى الفرد وطاقته المجندة لذلك. (**بيرن Berne، 1984**)

2- مرحلة المقاومة : La phase de résistance

اذا ما دامت الصدمة وقتا طويلا يدخل الجسم في مرحلة المقاومة وهي امتداد للوسائل الدفاعية المستعملة في المرحلةالأولى. كما يسجل خلال هذه المرحلة تجنيد مستمر للهرمونات المفرزة من الغدد الباطنية.ويعمل هذا الجهد المستمر على تقوية حساسية الجسم للمؤثرات الخارجية

الأخرى مما يؤدي الى تكيفه معها .ولكن اذا دام الفعل الؤثر على الجسم يدخل هذا الأخير في مرحلة الإنهاك. (بيرن**Berne**، **1984**)

3- مرحلة الانهاك : La phase d'épuisement

اذا تواصل الإعتداء الذي يهدد العضوية من حيث مدته وشدته فانها تفقد قدراتها على التكيف وتكون عرضة لإضطرابات شتى. ويرى " **سيلي**" " **Selye** " أنه عندما تكون محاولات التكيف غير فعالة وغير ملائمة لطبيعة الضغوطات ومتطلباتها حينئذ يمكن حدوث أمراض التكيف، كارتفاع الضغط الدموي، داء السكري والقرحة المعدية ...الخ. (**سولومون Solomon وآخرون، 1988**)

ويقارن" **سيلي**" " **Selye** " المراحل الثلاثة السابقة بالمراحل الثلاثة في حياة الإنسان :

1- مرحلة الطفولة : L'enfance

ويتميز الطفل في هذه المرحلة بضعف مقاومته والإفراط في نشاطه أمام مختلف المثيرات التي تواجهه.

2- مرحلة الرشد : L' age adulte

في هذه المرحلة ينضج جسم الإنسان ويصبح قادر على المقاومة.

3- مرحلة الشيخوخة : La vieillesse

وتتميز بالفقدان التدريجي لقدرات التكيف وطغيان التعب والعياء. وبالنسبة ل " **سيلي**" لا **يسمح النوم ولا الراحة بترميم كلي للمقاومة بعد تجارب ضاغطة ومجهدة، فكل نشاط بيولوجي** يؤدي الى التهديم يترك في نظره " **ندبات** " **(Des cicatrices)** أو بقايا كيميائية ينتهي تراكمها بظهور أعراض الشيخوخة. (**بولهان Paulhan ، بورجوا Bourgeois، 1998، ص10**)

2- التناول النفسي الإجتماعي :

تدخل نظرية " راه " " **Rahe** " و" **هولمز** " " **Holms** " ضمن التناول النفسي الإجتماعي للضغط وهي تدرس السياقات النفسية الإجتماعية لهذه الظاهرة تبعا لطبيعة الحوادث الضاغطة التي تعترض الأفراد . يرى " راه " " **Rahe** " و" **هولمز**" " **Holms** " أن تراكم الأحداث الحياتية الضاغطة يؤدي الى ظهور اضطرابات تمس كل من الصحة النفسية والبدنية للفرد. وهما يميزان ثلاثة أنواع من الحوادث :

1- **الحوادث المفاجئة :** كفقدان قريب أو شخص محبوب أو أيضا الإصابة بمرض خطير.

2- **الحوادث المزمنة :** ومن مميزاتها التواصل والإستمرارية كالصراع العائلي أو الصراع بين الأجيال.

3- **الحوادث المترتبة عن المراحل الإنتقالية في الحياة كالزواج مثلا.**

يعتبر" راه " "**Rahe**"و" **هولمز**" " **Holms** " الضغط مرضا في التكيف ترتبط آثاره ارتباطا وثيقا بالطرق التي يجندها الفرد للتعامل معه من جهة وبمدى توفيره للطاقة الكافية لمواجهة هذا الضغط من جهة أخرى. (**دانتزرDantzer، شويتزرSchweitzer، 1994)**

درس كل من " **هولمز** " " **Holms** " و " راه " " **Rahe** " العلاقة بين التغيرات الحياتية التي تطرأ على الأفراد و التي تتطلب التكيف مع الأمراض التي تظهر عليهم بناءا على ذلك. ولهذا الغرض تم انجاز استبيان أو سلم تغيير الأحداث الحياتية لـ" **Rahe** " و " **Holms** " **(1967)**
(Schedule of recent experrience) " SRE ".

ويتضمن سلم تغيير الأحداث الحياتية قائمة تجمع بين **43** حادث ضاغط تم اختيارهم بعد اجراء دراسة منظمة على عينة مكونة من **5000** فردا، وترتبط الحوادث بنمط حياتهم.

وباعتراف " **هولمز** " " **Holms** " و " راه " " **Rahe** " أن الحوادث الحياتية التي تعترض الفرد ليست متساوية سواءا من حيث درجة تغيرها أو درجة التكيف الذي تتطلبه، حدد وزنا لكل بند من بنود السلم الذي تم تصميمه بعد ان طلب من **394** فردا اعطاء درجة للتكيف الشخصي الذي يتطلبه كل حادث يعترضهم في حياتهم اليومية بحيث تتراوح الدرجات بين **0** و **100**. ومن بين النتائج التي تم التوصل اليها اعطاء درجة **100** لوفاة أحد الزوجين، درجة **73** للطلاق، درجة **50** للزواج ...الخ.

وبعد مراجعة هذا المقياس أعيدت تسميته " **بسلم تقييم التكيف الإجتماعي**" **(L'échelle d'évaluation du réajustement social) (Social reajustement rating scale)** أو " **SRRS** ".

أما عن الدرجة الكلية التي بامكان الفرد التحصل عليها على نفس السلم فتكون بجمع درجات الفرد على حوادث الحياة التي يصرح بمواجهته لها في فترة زمنية تتراوح بين **6** الى **24** شهرا الأخيرة.

و باستناد هاذان الباحثان على نظريات الضغط لكل من " **كانون** " " **Cannon** " (1932)

و " **سيلي** " " **Selye** " (1956) توصلا الى فرضية مؤداها أن الضغط هو نتيجة لتراكم الأحداث الحياتية الضاغطة في حياة الفرد سواءا كان مرغوب فيها كالحصول على منصب عمل أو غير مرغوب فيها كوفاة أحد الزوجين وهي في كلتا الحالتين تحتاج الى تكيف.

وقد سمحت دراسات " راه " " **Rahe** " و" **هولمز** " " **Holms** " (1967) بالكشف عن وجود علاقات بين حوادث الحياة وأمراض مختلفة.

كما توصلت دراسة "راه" " **Rahe** "، "**مهان**" " **Mahan** " و " أرثور" " **Arthur** "(1970) التي أجريت على مجموعة مكونة من **2500** بحار كانوا في رحلة بحرية لمدة تتراوح بين **6** الى **8** أشهر الى وجود علاقة ذات دلالة بين عدد حوادث الحياة التي واجهت البحارة قبل بداية الرحلة و عدد الأمراض التي صرح بها هؤلاء البحارة خلال الرحلة والدليل على ذلك طلبات الفحص المتكررة وطلبات الأدوية...الخ.

وقد وجد نفس الباحثين أن **70%** من الأفراد الذين تحصلوا على علامة تتعدى **300** نقطة، و**50 %** من الأفراد الذين تحصلوا على علامة تتراوح بين **150** و **300** نقطة طوروا مرضا مزمنا خلال السنة الموالية للرحلة.

وانتهى " **راه** " " **Rahe** " (**1988**) الى وجود تغيرات حياتية كثيرة في السنتان اللتان تسبقان الإصابة بمرض خطير دون أن تعكس طبيعة المرض واعتبرها ذات دلالة. (**ريفوليي Rivolier**، **1989**)

رغم النتائج القيمة التي انتهت اليها استعمالات سلم " **راه** " و" **هولمز** " الا أنه كان عرضة لإنتقادات شتى. اذ صرح العديد من الباحثين أمثال " براون " "**Brown**" (**1974**)، " **ميشانيك** " " **Mechanic** " (**1975**)، " **ساراسون** " " **Sarason** "،" **دومونشو** " " **De Monchaux** "

و " **هانت** " " **Hunt** " (**1975**) بأن **الحوادث القاسية** كان لها تأثيرأكثرشدة على الصحة من **الحوادث المفرحة**. كما توصلت دراساتهم الىعلاقات أكثر دلالة (**Corrélations plus significatives**) باستعمال سلالم الضغط التي تحتوي في مجملها على **حوادث قاسية**.

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه بحوث كل من " **بايكل** " " **Paykel** "، " **بروسوف** " " **Prusoff** " و " **اهلنهوث** " " **Uhlenhuth** " (**1971**) باستعمال سلم تغيرات الحياة ل " **بايكل** " و **آخرون** (**1971**) الذي يضم **61** حادث والذي طبق على عينة مكونة من **373** فرد من بينهم **213** مريض في حالة استشفائية بمصلحة الأمراض النفسية، و**160** فرد شاهد من افراد

عائلاتهم . بحيث كان على الأفراد تنقيط كل بند من 0 الى 20 حسب درجة التوتر الإنفعالي الذي بامكان الحادث الذي يعكسه ذلك البند أن يتسبب فيه .

فكانت أعلى الدرجات المحصل عليها مرتبطة بالحوادث غير المرغوب فيها **(Evénements indésirables)** والتي تترتب عنها تغيرات كثيرة، في حين كانت درجات التوتر الإنفعالي أمام الحوادث المفرحة **(Evénements agréables)** ضعيفة.

وعليه خلص كل من " **بايكل** " " **Paykel** " و آخرون الى ضرورة أخذ بعين الإعتبار تأثير الحوادث القاسية على الفرد دون الحوادث المفرحة. **(دانتزرDantzer، شويتزرSchweitzer، 1994، ص49)**

بينما دراسات لاحقة اهتمت بعلاقة الأحداث الحياتية الضاغطة ببعض الأمراض الجسدية أو النفسية بالنظر الى متغيرات الشخصية من تقبل الحدث وتوقع حدوثه، مدة دوامه و أهميته ومدى القدرة على ضبطه والتحكم فيه.

وفي هذا الصدد نشير الى أعمال كل من " **كوهان** " **"Cohen" (1973)**، " **شسني** " **"Chesney"** و **"روزنمان"** " **Rosenman"** **(1983)**، " **تيتز**" **"Thaits"** **(1983)**، " **لازاروس**" **"Lazarus"** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)**،"**سميث**" " **Smith** "**(1993)** التي كشفت أن أثر الحدث ليس نفسه بالنسبة لشخصين نظرا لإختلاف طريقتهما في التحكم في الوضعية من جهة وهو مرتبط بالسند والدعم الذي يقدمه لهما المحيط من جهة أخرى. وعليه فان الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات التي سيعاني منها الأشخاص أي هل هي من نوع القلق أو الإكتئاب أو الأمراض السيكوسوماتية.

اذن لا ترتبط الإستجابة الوجدانية لضغط اجتماعي بحدث معين وانما ترتبط بفرد ما. **(نقلا عن وندلوس، 2000، ص118)**

4 – 3 – التناول المعرفي :

تندرج نظرية " **لازاروس** " " **Lazarus** " ضمن التناول المعرفي وتعتبر الضغط نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط . بهذا فهي تختلف عن النظريات السابقة القائلة بالإتجاه الأحادي للضغط والتي تعتمد على المثير والإستجابة .

وترتكز هذه النظرية على دور التفاعل والتداخل الديناميكي بين العوامل المتعلقة بالظاهرة باعتبارها مؤثرا وكذا العمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد للفهم والتحكم في المؤثر المهدد لكيانه ومن ثمة تحديده لأساليب المقاومة التي بامكانه استخدامها لمواجهته.

وتشير نظرية " **لازاروس** " " **Lazarus** " الى العلاقة التبادلية المستمرة بين الفرد والمحيط وبناء على ذلك فهي ترتكز على التقدير المعرفي والمقاومة. (**لازاروسLazarus ،فولكمان Folkman ،1984**)

ان الضغط لا يتوقف على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على طبيعة التفاسير والمعاني التي يعطيها الفرد لهذا الموقف وعلى الإستجابة المعرفية التي يتبناها بناءا على تلك التفاسير.

اذن فالإستجابة للضغط لاتتوقف فقط على جهاز العضوية وانما على الجهازالمعرفي كذلك ، وهي ترتبط بالفكرة التي يكونها الفرد عن المكان الذي يشغله، وعن توقعاته الخاصة بمتطلبات المحيط، وكذا امكانياته تجاه ما هو منتظر منه. (**بن طاهر، 1998**)

وحسب " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1986)** يشعر الفرد بالضغط عندما يقيم موقف ما على أنه يتعدى قدراته الشخصية وبامكانه أن يلحق به ضررا ، وتعتبر هذه الإستجابة كنتيجة لإختلال التوازن بين متطلبات الموقف المثير وقدرات الفرد الموظفة بغرض المقاومة. (**فولكمانFolkman، لازاروسLazarus وآخرون، 1986**)

وتتميز النظرية المعرفية للضغط والمقاومة كما تصفها الباحثة " **فولكمان** " "**Folkman**" **(1984)** بميزتين أساسيتين وهما :

<u>1 – العلائقية :</u>

ويتجسد مدلولها في العلاقة بين الفرد والبيئة.

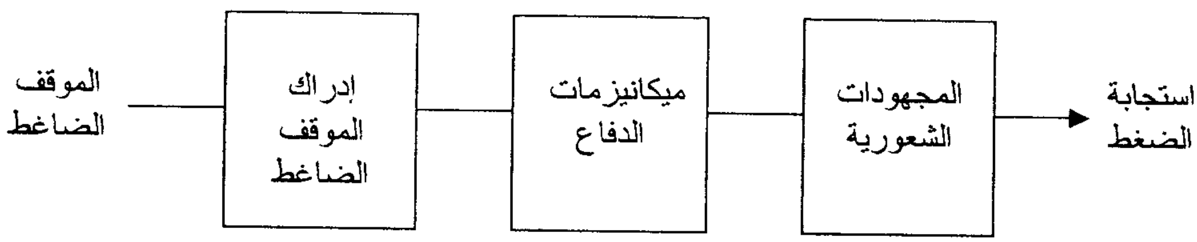
ترى " **فولكمان**" "**Folkman** " **(1984)** أن العلائقية تمثل الحد الفاصل بين هذه النظرية في تناولها للضغط والنظريات الأخرى التي تتصور الضغط كمثير(**Stimulus**) ، أو كنتيجة لصراع نفسي داخلي يقوم على أساس حاجيات الفرد ، رغباته ونزواته ، أو كاستجابة (**Response**) فيزيولوجية أو انفعالية.

<u>2 – التوجيه :</u>

وهو صفة تابعة لميزة العلائقية و يعني أن الفرد ينشط في اطارعلاقة ديناميكية دائمة ومستمرة موجهة للتحرك نحو تغيير بعض الوضعيات البيئية، ويدخل هذا ضمن المعنى الأول لميزة التوجيه. أما المعنى الثاني لها فيعني أن العلاقة بين الفرد والبيئة موجهة بشكل متناظر أو متبادل،

أو أنها حسب تعبير " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)** "**مزدوجة التوجيه** " حيث يؤثر ويتأثر كل من طرفيها (الفرد والبيئة) بالآخر. **(فولكمان Folkman ، لازاروس Lazarus ، 1984)**

حسب هذا النموذج الإجرائي للضغط، تمرالضواغط عبر سلسلة من المرشحات لأجل تعديل العلاقة **ضغط – توتر**، وفي هذا الصدد حدد كل من " **راه** " " **Rahe** " و " **أرتور**" " **Arthur** " **(1978)** ثلاثة مرشحات (**Filtres**) رئيسية كما يوضحها الشكل التالي :



شكل يوضح آلية ترشيح الميكانيزمات التي تتدخل في تأثير الموقف الضاغط على الفرد .

يتأثر **ادراك الفرد للموقف الضاغط** بتجاربه الداخلية مع الضواغط المتشابهة، بالمساندة الإجتماعية التي يحصل عليها وبمعتقداته بما في ذلك الدينية منها.

أما **الميكانيزمات الدفاعية للأنا كالإنكار(Le déni) والقمع (La répression**)الى غير ذلك فتعمل بطريقة لا شعورية.

بينما تتجسد **المجهودات الشعورية** في وضع خطة عمل مناسبة كاللجوء الى عدة نشاطات كاجراء تمرينات رياضية، الإسترخاء، التداوي بالأدوية...الخ.

فبالإضافة الى الدور الذي تؤديه هذه المرشحات كوسائط في العلاقة : موقف ضاغط – توتر انفعالي يشير" **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " (**1988**) الى وجود عمليتان أساسيتان تؤثران بشكل كبير على علاقة الفرد بمحيطه الخارجي الا وهما " **التقييم والمقاومة** " . **(بولهان Paulhan ، بورجوا Bourgeois، 1998، ص47)**

فالتقييم " **L'évaluation** " عملية معرفية يقدر الفرد بواسطتها امكانية تهديد وضعية ما لإستقراره وراحته مما يسمح له بتجنيد سبل المقاومة الملائمة أمام هذه الوضعية.

يحدد " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " (**1984**) شكلين للتقييم يسمح كلاهما بتعريف الموقف الضاغط وتحديد أشكال المقاومة المجندة لمواجهته:

أ – التقييم الأولي : L'évaluation primaire

ويسمح للفرد بتقييم العناصر الحساسة في الموقف الضاغط أي هل يتعلق الأمر **بالفقدان(La perte)** " **جسدي، علائقي أو مادي"...الخ،** أو **تهديد (Une menace)** محتمل بالفقدان أو **تحدي (Un Défi)** يسمح بالحصول على مكسب. **مثلا** الضجيج الذي يحدثه جار طالب بصدد التحضير لإجراء امتحان يمكن أن يقيم – من طرف الطالب – كعامل مهدد لنجاحه مما يفسر شعور الطالب بالقلق، التخوف، والغضب أمام هذه الوضعية الضاغطة.

وأمام الوضعيات المتعلقة بالفقدان أو التهديد تتولد انفعالات سلبية كالخوف، الخجل، الغضب، القلق...الخ. بينما يتولد عن الوضعيات المتعلقة بالتحدي انفعالات ايجابية كالشغف، التسلية، التشوق...الخ.

ب – التقييم الثانوي : L'évaluation secondaire

ومن خلاله يتسائل الفرد عن الطرق التي تسمح له بتجاوز انعكاسات الفقدان، التصدي للتهديد أو الحصول على مكسب. ولتحقيق ذلك يستعمل الفرد عدة أشكال للمقاومة :

كلابتعاد عن الموقف الضاغط، تقبله، الهروب، التجنب، البحث عن المزيد من المعلومات فيما يخص الموقف الضاغط أو البحث عن المساندة الإجتماعية...الخ.

يوجه التقييم الثانوي الفرد الى استراتيجيات المقاومة الملائمة لمواجهة الموقف الضاغط ، أي الإستراتيجيات التي من شأنها التخفيف المباشر من الضغط الإنفعالي دون أدنى تغيير في المشكل **(مقاومة مركزة حول الإنفعال " Coping centré sur l'émotion ")** أو الإستراتيجيات التي من شأنها التأثير بطريقة غير مباشرة على الإنفعال من خلال تغييرها للموقف أو تعديلها اياه

(مقاومة مركزة حول المشكل " Coping centré sur le problème ").

في هذا الصدد نعيد نفس المثال المتعلق بالطالب الذي يحضر نفسه لإجراء امتحان مع ازعاج جاره له باحداث ضجيج.

ان اهتمام هذا الطالب بقراءة كتاب يثري معارفه، أو عدم اعتباره للموقف أنه خطير، وثقته بقدراته في النجاح كلها أمثلة على استراتيجيات مقاومة مركزة حول الإنفعال، في حين أن ذهابه الى جاره بغرض مطالبته بالإنقاص من الضجيج الذي يحدثه يدخل في اطار الإستراتيجيات المركزة حول المشكل. **(فيفرFeiffer ، فيفلد Fifield ، 1987)**

5 – الخصائص الشخصية المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة :

يشير " لازاروس " " Lazarus " و" فولكمان" " Folkman " (1988) الى أن العلاقة فرد – محيط خارجي تتأثر بالخصائص الشخصية الداخلية (Les ressources personnelles) و المتغيرات المحيطية (Les variables environnementales) مما يفسر امكانية تقييم موقف معين من طرف فرد ما على أنه " **مهدد** " وتقييم نفس الموقف من طرف فرد آخر على أنه بمثابة " **تحدي** " .

وتتجسد الخصائص الشخصية في ما يلي :

أ – المعتقدات : Les croyances

ويتميز من بينها المعتقدات الدينية كأن يعطي الفرد لموقف ما معنى مؤداه أن الله وضعه تحت امتحان وعليه تقبله، أو ايمانه بقدراته على التحكم في المواقف، وهذا ما سماه " روتر" " **Rotter** " (1966) " **مركز التحكم الداخلي** " (**Le lieu de contrôle interne**) .

في هذا الصدد يشير " **لازاروس** " " **Lazarus** " و" **فولكمان** " " **Folkman** " (1984) الى أن الأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم الى أسباب داخلية ممكن التحكم فيها يستعملون " **استراتيجيات مقاومة مركزة حول المشكل** " بشكل كبير مقارنة بالأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم الى أسباب خارجية من الصعب بالنسبة لهم التحكم فيها. (**شويتزرSchweitzer ، دانتزر Dantzer، 1994)**

ب – التحمل أو المكابدة : L'endurance

ويعني تجند الفرد المستمر حتى يقاوم ما يفرضه عليه المحيط الخارجي من متطلبات. بمعنى آخر يتعلق الأمر بقدرة الفرد على التحكم الشخصي أمام مواقف الحياة المختلفة.

بصفة عامةيتميز النمط المكابد بقدرته على تحمل الضغط النفسي الإجتماعي بشكل أكثر فعالية. (**كوباسا Kobasa وآخرون، 1982)**

ج – القلق كسمة : L'anxiété trait

يتعلق القلق كسمة بتكوين مستمر في الشخصية وهو يتمثل في ميل عام الى ادراك المواقف التي تعترض الفرد على أنها مهددة لكيانه.

حسب " سبيلبرجر " Speilberger "، " جورسوش" Gorsuch "،" لوشان " " Luschene "، " فاج " Vaag " و" جاكوبس " " Jacobs " (1983) يدرك الأفراد الذين يتميزون بقلق ضعيف المواقف الضاغطة علىانها اقل تهديدا لكيانهم وعليه يتمتعون بقدرات عالية للتحكم فيها مقارنة باولائك الذين يتميزون بقلق مرتفع.

يؤكد " لازاروس" " Lazarus " و " فولكمان " " Folkman " (1984) أن هذه الخصائص الشخصية الثلاثة تؤثر بشكل كبير على ادراك الفرد للمواقف الضاغطة. (بولهانPaulhan ، وبورجوا Bourgeois ، 1998)

وقد أشار " هربرت " " Herbert " و " كوهان " " Cohen " في مقالهما تحت عنوان: « Stress and illness » (1994) الى أن الأفراد يستجيبون لنفس الحدث الضاغط بطرق مختلفة.

كما بينت البحوث التي اهتمت بالضغط والمقاومة (**لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984، كلابراس Kalabresse و جولد Gold 1987، كوهان Cohen و ادواردز Edwards 1989، ويليامسون Wiliamson و كوهان Cohen 1991، أدرAder 1991)** بأن العلاقة بين الضغط والمرض تتأثر بالخصائص الشخصية والإجتماعية للفرد. هذه الأخيرة التي تجعل بعض الأفراد تحت وقاية نسبية من الضغط والمرض، أو تجعل الآخرين ذوي قابلية للإصابة بالمرض.

كما يمكن لهذه الخصائص الفردية عند التعرض للأحداث الضاغطة أن تحدث انزعاج نفسي وانفعالات سلبية وتؤثر أيضا على الإستجابات الفيزيولوجية والسلوكية. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999**)

المبحث الثاني

المقاومة

- تمهيد

1 – تعريف المقاومة

2 – التناولات النظرية لمفهوم المقاومة

2 – 1 – النموذج الحيواني

2 – 2 – نموذج علم النفس الأنا

3 – أنواع استراتيجيات المقاومة

3 – 1 – استراتيجيات المقاومة المركزة حول الإنفعال

3 – 2 – استراتيجيات المقاومة المركزة حول المشكل

4 – فعالية المقاومة على الصحة الجسدية

5 – دور المساندةالإجتماعية في التخفيف من التوتر الإنفعالي

تمهيد :

يساير الفرد باستمرار ضغوط الحياة، اذ يتعرض الى سلسلة من الأحداث تتفاوت حدتها بين البساطة والتعقيد كميلاد طفل، تغيير منصب الشغل، الإصابة بمرض ما ...الخ.

فالحياة في المقام الأول وعاء يحوي هذه الضغوطات المختلفة والتي قد تترك من طرف الفرد على أنها وضعيات مهددة لكيانه ولإستقراره، فتتولد عن ذلك اضطرابات انفعالية تتعدد تأثيراتها على الصحة الجسدية و النفسية. **(دافيدوف ، 1988)**

والإنسان بطبعه يمقت الألم ويسعى دائما لتجنب مسبباته، فهو لا يستسلم للأمراض سواءا كانت عضوية أم نفسية و يسارع دوما حتى يسخر سبلا ووسائلا مناسبة للتخلص من مختلف الأعراض المرضية التي قد تنجر عنها.

الا أن هناك من الأفراد من يواجه المشاكل بقوة و فعالية باستعمال أساليب مقاومة توافقية **ايجابية كحل المشكل بالمواجهة المباشرة**، في حين هناك من تؤثر عليه **سلبا** فيستعمل أساليب توافقية **سلبية كالهروب، الإنسحاب**، أو **اتهام الذات**...الخ. **(كارولين Carolyn، تراساي Tracey، 1987)**

ومهما اختلفت المواقف الجديدة التي يواجهها الفرد يوميا والتي تنشأ بسببها أحيانا صعوبات واجب عليه أن يتصدى لها يبقى هدفه الأساسي والرئيسي هو استعمال استراتيجيات متكيفة لمواجهة الموقف الصعب الذي يعترضه، ولحمايته ووقايته من الإعتداءات الخارجية و الداخلية بما فيها الأحداث الضاغطة و من ثم يتحقق استقراره النفسي.

1 – التعريف بمفهوم المقاومة :

يعتبر مفهوم **المقاومة** " **Coping** " مفهوم كثير الإستعمال في ميداني علم النفس والطب النفسي(**Psychiatrie**) و بالخصوص في الدراسات حول الضغط. (**شويتزرSchweitzer** ، **دانتزرDantzer** ، **1994** ، **ص100**)

و من الناحية اللغوية تصعب ترجمة مفهوم المقاومة من الإنجليزية " **To Cope With** " الى اللغات الأخرى. فباللغة الفرنسية مثلا تستعمل كلمات "**Faire face** " و" **Faire avec** " وهي تعني " التعامل مع الشيء". أما باللغة العربية فنجد العديد من الكلمات الدالة على هذا المفهوم **(Coping**) أهمها : استراتيجيات التوافق، الميكانزمات الدفاعية، استراتيجيات التعامل، استراتيجيات التأقلم...الخ. (**دانتشاف Dantchev،1989، ص 23**)

كما اختلفت استعمالات مصطلح المقاومة اذ نجده متداول عند الأنجلوساكسونيين تحت اسم استراتيجيات المقاومة (**Coping strategies**)، في حين نجده معروف في الأدب العلمي الفرنسي (**La littérature scientifique française**) تحت اسم استراتيجيات التوافق **(Stratégies d'ajustement**). **(بولهانPaulhan، 1994 ، ص545)**

ان مفهوم المقاومة كما أشار اليه كل من " **لازاروس**" " **Lazarus** " و " **لونيي** " "**Launier** " **(1978**) « يحدد مجموع السياقات التي يستخدمها الفرد أمام الوضعية التي يراها كمهددة لكيانه من أجل التحكم، تقبل أو التقليل من تأثيرها على صحته الجسمية والنفسية. »

(شويتزرSchweitzer، دانتزرDantzer، 1994، ص100)

أما " **لازاروس**" '**Lazarus** ' و " **فولكمان**" " **Folkman** " **(1984) فينظران الى المقاومة** على أنها « مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المعرفية الموجهة للسيطرة، التقليل،أو تقبل المتطلبات الداخلية أوالخارجية التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد. » (**لازاروسLazarus** ، **فولكمانFolkman، 1984، ص129**)

في حين يشير " **دانتشاف** " " **Dantchev** " **(1989)** الى أننا نتكلم عن المقاومة لتحديد الطريقة التي يحقق بها الفرد توافقه أمام المواقف الصعبة التي تعترضه. (**دانتشاف Dantchev، 1989**)

مما سبق يظهر أن استراتيجيات المقاومة تعتبر مجموعة من السلوكات والسياقات النفسية التي يستعملها الإنسان للتحكم أو القضاء على التهديد الخارجي أو الداخلي الذي يعترضه، وهي تعبر عن جهد الفرد المبذول في تعامله مع المتطلبات المحيطية والشخصية.

وحسب " ستبتوي " " Steptoe " (1991) فان الإستجابات التي يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون من طبيعة معرفية أو وجدانية مثلا تحويل وضعية خطيرة على مستوى الخيال الى فرصة ذات نفع شخصي، وقد تأخذ كذلك أشكالا سلوكية مباشرة مثل مواجهة المشكل بشكل علني مباشر أو اتخاذ سلوك تجنبي. (**نقلا عن أيت حمودة، 1998)**

2 – التناولات النظرية لمفهوم المقاومة :

ان دراسة استراتيجيات المقاومة يطرح تغيير أساسي في طريقة ادراكنا للضغط . بمعنى أن البحث متعلق الآن بالطريقة التي يواجه بها الفرد الموقف الضاغط وليس بوصف استجاباته للضغط المترتب عن المواقف الضاغطة التي تعترضه في حياته اليومية.

بناءا على ذلك تعددت الإتجاهات النظرية واختلفت وجهاة النظرالتي تناولت مفهوم"**المقاومة**" نميز من بينها :

2 – 1 – النموذج الحيواني : Le modèle animal

تأثر النموذج الحيواني بالفكر الدارويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، فاستقى تناوله لمفهوم المقاومة من نتائج بحوثه التي أقيمت على الحيوان.

تظهر المقاومة حسب هذا النموذج مقيدة بقوة الإستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة بعد تعرض الفرد الى تهديدات حيوية حيث يستعملها لمواجهة مواقف الضغط المهددة لبقائه.

ونجد نفس النموذج يستخدم مصطلح "المقاومة" للدلالة على " ميكانيزم التكيف " الذي يستعمله الفرد للدفاع ضد مختلف التهديدات التي تأتيه من العالم الخارجي أو للدفاع ضد انفعالات داخلية.

يشير أتباع هذا النموذج الى نوعين من " **الميكانيزمات التكيفية** " :

1 – ميكانيزم التجنب أو الهروب : Mécanisme d'évitement ou de fuite

ويستعمل في حالة الخوف أو الفزع .

2 –ميكانيزم المواجهة أو الهجوم : Mécanisme d'affrontement ou d'attaque

ويستعمل في حالة الغضب .

هذا ما لمسه " دانتزر " " Dantzer " (1989) عندما خلص الى أن محك المقاومة اعتبر ناجحا عندما استطاعت " فئران المخبر" عن طريق التعلم أن تكتسب **استراتيجية الهروب و تجنب الصدمات** وبالتالي أن تكتسب قدرة على التحكم في الموقف الضاغط المتمثل في التيار الكهربائي الذي يولد صدمة كلما لامسته. بحيث توصلت في النهاية الى التخفيف من نشاطها الفيزيولوجي المترتب عن الصدمات الكهربائية المتتالية. (**شويتزرSchweitzer، دانتزرDantzer، 1994)**

وفي هذا الصدد يرى " ميلر " " **Miller** " **(1980)** أن هذا التناول ينظر الى المقاومة على أنها عبارة عن سيرورة (**Process**) تتكون من السلوكات المتعلمة ذات الفعالية في تخفيض مستوى الإضطراب والتخفيف من حدته من خلال الوصول الى ازالة أو الغاء خطر معين.

(ميلر Miller، 1980، ص149)

ومن خلال هذه المعطيات يتضح جليا تركيز النموذج الحيواني على استراتيجيات التجنب و الهروب أو ما يدعى بسلوك التفادي دون غيرها وهو أمر يحول دون فهم وكشف باقي الإستراتيجيات المندرجة تحت هذا المفهوم، كما أنه يخدم بعدا واحدا من أبعاد المقاومة والمتمثل في التخفيض من حدة الإضطراب السيكوفيزيولوجي.

2 – 2 – نموذج علم النفس الأنا : Le modèle de la psychologie du moi

تتعلق المقاومة في هذا النموذج بدفاعات الأنا المختلفة بمعنى مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية التي غايتها التخفيف أو التخلص من كل ما يمكن أن يترتب عنه نوع من القلق.

كما ينظر نموذج سيكولوجية الأنا الى المقاومة على أنها نمط أو سمة (Style ou trait)، ومن هذا المنطلق قدم محاولة لقياسها تنحصر في عملية تصنيف الأفراد طبقا للنمط أو السمة التي يتميز بها كل واحد منهم قصد ايجاد ثوابت يمكن الإعتماد عليها في التمييز بين الأشخاص، أو بهدف التمكن من وضع مؤشرات تنبؤية وتوقعات حول الطريقة أوالأسلوب الذي يلجؤون اليه لمقاومة مختلف أشكال الضغوطات.

بناءا على ذلك يعتقد هذا التناول أنه يمكن لإنسان ما أن يصنف على أنه ذو نمط خاضع أو **امتثالي، أو أنه ذو نمط واع، أو أن يدرج ضمن فئة أصحاب النمط الوسواسي – القهري، أو مع** الذين يتسمون بالكبت، أو مع أولائك الذين يتسمون بالتصعيد.

وفي هذا الصدد قدم" شبيرو " " Shapiro " (1965)،" ليوفينجر" "Leovinger " (1976) و " **فيالنت** " " **Viallant** " **(1977)** أعمالا تمحورت حول تصنيف دفاعات الأنا بغية **التوصل الى نماذج للشخصية مع الإشارة الى أن هؤلاء المؤلفين أدخلوا في أعمالهم هذه عناصر** من علم النفس المعرفي للحديث عن الميكانيزمات الدفاعية التي يتضمنها سياق المقاومة.

وقد أشار كل من " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)** الى حدود نموذج سيكولوجية الأنا في محاولة قياس المقاومة عند الأفراد وهي تتمثل في بعض الصعوبات المنهجية. اذ أن المقاييس التي وضعها لقياس المقاومة والتي ترتكز أساسا على فكرة

التصنيف لا تتوفر على عنصر جيد للتنبؤ، ولا على عنصر الثبات وهما شرطان أساسسيان في كل مقياس أو اختبار جيد . (**لازاروس Lazarus، فولكمان Folkman، 1984**)

3 – أنواع استراتيجيات المقاومة :

تتعدد استجابات الفرد أمام مختلف الوضعيات الحياتية الضاغطة مما دفع العديد من الباحثين أمثال " **وايت** " " **White** " و" **ميكانيك** " " **Mechanic** " **(1974)**، " **بيرلين** " " **Pearlin** " و " **سكولر** " " **Schooler** " **(1978**)، " **راي** " **وآخرون (1982)** الىدراسة الأشكال المتعددة للمقاومة. ولنفس الغرض قام كل من " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)** بتوزيع قائمة استراتيجيات المقاومة المعروفة ب" **The ways of coping Checklist** المؤلفة من **69** بندا على **100** فردا تتراوح أعمارهم بين **45** و **64** سنة بغرض الكشف عن مختلف أساليب المقاومة عندهم خلال مدة زمنية تقدر بسبعة أشهر، فتوصلا الى وجود نوعين رئيسيين للمقاومة وهما :

1 – المقاومة المركزة حول المشكل **Problem - focuced coping**

2 – المقاومة المركزة حول الإنفعال **Emotion - focuced coping**

يستعمل هاذين الشكلين للمقاومة في أغلب المواقف الضاغطة ويكون توزيع أنواع كل شكل حسب تقييم الفرد للموقف أو الحدث الضاغط. (**بولهان Paulhan وآخرون، 1994**)

3 – 1 – استراتيجيات المقاومة المركزة حول الإنفعال :

يتضمن هذا النوع من المقاومة مجموعة واسعة جدا من العمليات السلوكية والمعرفية الموجهة نحو التخفيض من حالة التوتر الإنفعالي **(Emotional distress)** من بينها " **التجنب**" **Avoidance** وهي الإستراتيجية الأكثر استعمالا فيمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي وهي نشاطات تعويضية كالنشاطات الرياضية و الترفيهية، الإسترخاء، والتسلية...الخ والتي من شأنها السماح للفرد بتفريغ الشحنة العاطفية – التوترالإنفعالي– وبالتالي شعوره بالإرتياح.

(فولكمان Folkman وآخرون، 1986)

وحسب " **لازاروس** " " **Lazarus** " **(1966)** فان هذه الإستراتيجيات يمكن أن تؤثر على الإنفعال بطرق مختلفة فمن الممكن جدا أن يقود استعمال بعض هذه الإستراتيجيات الى اعادة تقدير للوضعية محل المواجهة، وذلك بتغيير معناها أو اعطائها تفسيرا آخرا.

وبهذا الأسلوب يصل الفرد الى التقليل من قيمة أو أهمية الخطر المحدق به والذي تشكله تلك الوضعية. (**شويتزر Schweitzer، دانتزر Dantzer، 1994**)

هناك مجموعة أخرى من استراتيجيات التجنب وهي أقل ملائمة أمام الوضعيات الضاغطة. **يتعلق الأمر بالهروب (La fuite**) ويتجسد في عدة مظاهر كتناول الفرد للأدوية أو الكحول أو لجوئه للتدخين مفكرا أن هذه العناصر أولية في التخفيف من حدة الضغط المترتب عن موقف ضاغط معين.

فحسب " **شولس** " " **Suls** " و" **فليتشر** " " **Fletcher** " **(1985)** لايحقق الهروب الا راحة مؤقتة، ويظهر أنه عديم الفعالية اذا تواصل الموقف الضاغط.

وبينت أبحاث كل من " **كوين** " " **Coyne** "، " **الدوين** " " **Aldwin** " و" **لازاروس** " " **Lazarus** " **(1981)** وكذا " **فولكمان** " " **Folkman** " **وآخرون (1986)** أن الهروب يرتبط بأعراض القلق والإكتئاب بالإضافة الى اضطرابات نفسية جسدية. (**بولهان Paulhan، بورجوا Bourgeois، 1998، ص50**)

عادة ما تعتبر استراتيجيات المقاومة المركزة على الإنفعال فعالة للتخفيض من حدة الإنفعال في حالات التجارب الضاغطة قصيرة المدى وخاصة عندما تكون المقاومة المركزة حول المشكل مستحيلة مثلا الإصابة بمرض خطير، فقدان شخص قريب...الخ.

ويشير " لازاروس" " Lazarus " في هذا المجال الى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الإنفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط، فمن الصعب تحويل نشاط معرفي نحو فكرة التحدي عندما يتعلق الأمر بالوضعيات التي تهدد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات على مواجهة تلك الوضعيات. كما يمكن لها أيضا أن تؤثر على الإنفعال فتعمل **على احداث تغيير في درجة الإنتباه والتركيز. فاستراتيجية التجنب مثلا تحول دون الإنتباه والتركيز** على مصدر الضغط، وهو الشيء الذي ينجم عنه هدوء أو راحة انفعالية مؤقتة.

ولهذا فان " لازاروس " " Lazarus " يعتبر هذه الإستراتيجيات ذات دور مرحلي مما يجعلها قليلة الفعالية. (نقلا عن أزروق، 1997)

<u>3 – 2 – استراتيجيات المقاومة المركزة حول المشكل :</u>

تهدف مجهودات الفرد التي تركز على المشكل الى التعرف على المشكل، اختيار الحلول الملائمة أمامه حسب أولويتها و فائدتها ثم العمل بها بغرض تغيير المشكلة مباشرة. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999**)

وقد أظهرت دراسة " لازاروس " " Lazarus " (1966) أن معدل استخدام الأفراد لإستراتيجيات المقاومة المركزة حول المشكل أعلى بكثير من استخدامهم للنوع الأول من الإستراتيجيات لأنها تسمح بالحصول على حلول بديلة لمشاكلهم.

تظهر استراتيجيات المقاومة المركزة حول المشكل في حالة **المواجهة (Confrontation)** أو **التخطيط (Planning)** وهي بذلك تمكن الفرد من الحصول على امكانيات تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها، الشيء الذي يؤدي مباشرة الى تغيير الحالة الإنفعالية.

بالإضافة الى ذلك تتضمن هذه الإستراتيجيات وضع مخططات عمل تسمح باعطاء الفرد الوسائل الملائمة لتحويل الموقف الذي يعيشه أو تعديله بايجاد حلول بديلة، دراسة وتحديد فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، ثم اختيار واحدة منها وتطبيقها. ولهذا السبب تقترب استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل من الإستراتيجيات المستعملة لحل المشكل، غير أن المقاومة التي على المشكل حسب " **لازاروس** " " **Lazarus** " تشمل على فئة واسعة من الإستراتيجيات الخاصة بتوجيه المشكل بالمقارنة مع تلك التي تشمل عليها استراتيجيات حل المشكل.

كما أن الإستراتيجيات التي تركز على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، بينما تضم المقاومة التي تركز على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة واختبار امكانياته وقدراته في حل المشكل المطروح.

(دانتشاف Dantchev، 1989)

وفي هذا الصدد أشار " **كاهن** " " **Kahn** " و **آخرون (1964)** الى أن هناك نوعين من الإستراتيجيات المركزة حول المشكل : نوع موجه نحو المحيط ونوع موجه نحو الفرد .

يشتمل النوع الأول على الإستراتيجيات المخففة من ضغط المحيط بما فيه من عراقيل وأعباء العمل، أما النوع الثاني فيشتمل على أساليب دفاعية تسمح ببناء وتطوير نماذج أو معايير سلوكية جديدة، وغالبا ما تستعمل هذه الإستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه وواثقا في قدراته وامكانياته في احداث تغييرات والوصول الى حلول مناسبة للمشكل. **(نقلا عن عيطور، 1997)**

4 – فعالية المقاومة على الصحة الجسدية :

تترك تجارب الضغط التي يواجهها الفرد في حياته اليومية أثرا سلبيا على صحته. أمام هذه الوضعية يسعى جاهدا الى توظيف استراتيجيات مقاومة تسمح بالتقليل من حدة الضغط و بالتالي ضمان مداخيل صحية ايجابية. **(يخلف Ikhlef ، 1995)**

وحسب " لابوريت " " **Laborit** " (**1980**) كلما كان تحكم الفرد في الحدث الضاغط فعال كلما كان اقل عرضة للإضطرابات البيولوجية والفيزيولوجية والسلوكية.

في هذا الصدد توصلت أبحاث " **فولكمان** " " **Folkman** " و " لازاروس " " **Lazarus** " **(1984)** ، " **فولكمان** " " **Folkman** " **وآخرون (1986)**، " **ريفوليي** " **Revolier** " **(1989)** ، " **دي ماتيو** " " **De Mateo** " **(1991)** الى أن استراتيجية المقاومة تكون مناسبة اذا سمحت للفرد بالتحكم أو التقليل من تأثير الإعتداء على صحته النفسية و الجسدية. (**شويتزر Schweitzer، دانتزرDantzer، 1994**)

أما في نظر " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1984)** فتؤثر المقاومة على الصحة الجسدية بثلاثة طرق مختلفة :

1 – تستطيع أن تؤثر على التواتر، الشدة، ردود الأفعال الفيزيولوجية (نبضان القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي) و العصبية الكيميائية المرتبطة بوضعية الضغط (**Les réaction neurochimiques associés à l'état de stress**) مثل وجود مادة " **الكاتيكولامين** " في البول (**Catécholamines Urinaires**)، ووجود مادة " **الكورتيزول** " في الدم (**Cortisol sanguin**) في الحالات التالية :

أ – عدم استطاعة الفرد تدارك أو تحسين الشروط البيئية الضاغطة، وذلك لعدم فعالية أو **مناسبة الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكل مثلا بسبب تعرض الجهد المبذول لمضايقة " Effort contrarié ".**

ب – أمام موقف تصعب مراقبته لا يستطيع الفرد التخفيف من التوتر الإنفعالي المترتب عنه وفي هذه الحالة استراتيجيات المقاومة تكون غير فعالة.

ج – عندما يكون للفرد نمط حياة أو نمط مقاومة خطير (Style de coping à risque) فان ذلك يؤثر على صحته الجسدية. أحسن مثال على ذلك **نمط الحياة** من نوع " أ " " **A** " الذي يوصف صاحبه بالسمات التالية :

قلة الصبر، العدوانية، و ادراك المواقف الضاغطة كتحدي.

2 – يمكن للمقاومة أن تؤثر مباشرة وبشكل سلبي على الصحة برفع احتمال الإصابة بمرض ما أو رفع احتمال الوفاة خاصة عندما يلجأ الفرد الى التناول المفرط لبعض المواد المؤذية كالسجائر، الكحول، بجميع أنواعه و المخدرات، أو عندما يخوض الفرد في نشاطات خطيرة كالإفراط في السرعة عند قيادة السيارة وبالتالي فهو يغامر بحياته ويدفع بنفسه الى التهلكة.

وقد توصل " **ويلس** " " **Wills** " و" **شيفمن** " " **Shiffman** " (**1985**) الى أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مقاومة سلبية تضر بالصحة.

3 – يمكن لأشكال المقاومة المتمركزة حول الإنفعال أن تهدد صحة الفرد اذ تعرقله وتعيقه عن اتخاذ السلوك الأكثر تكيفا مع الموقف الضاغط. مثلا استخدام الفرد لمقاومة من نوع " **الإنكار** " " **Le Déni** " أو من نوع " **التجنب** " " **L'évitement** " قد تؤدي به الى عدم ادراك أعراض المرض التي تبدو عليه أو الى الإستشارة الطبية في مرحلة متأخرة. (**بولهان Paulhan** ، **بورجوا Bourgeois** ، **1998** ، ص ص **57 – 58**)

وقد بينت دراسة " **شيمدت** " " **Schemdit** " (**1988**) التي تناولت فعالية المقاومة أمام التوتر الإنفعالي من نوع " **القلق** " " **Angoisse** " و" **الإكتئاب** " " **Dépression** " والتي أجريت على مرضى في حالة استشفائية في انتظار اجراء عملية جراحية لهم، أن المرضى الذين يستعملون **استراتيجيات مقاومة نشيطة** (**Coping active**) كالبحث عن المعلومات حول كيفية اجراء العملية الجراحية، التسائل عن نتائجها و انعكاساتها...الخ كانوا أقل قلقا ويظهرون مضاعفات بعد جراحية قليلة مقارنة بالمرضى الذين استعملوا **مقاومة غير نشيطة** (**Coping passif**) كالكف أو تضخيم الوضع...الخ.

كذلك توصل كل من " **ميكولنسر** "**Mikulincer**" و "**سولومن** " " **Solomon** " (**1989**) الى أن خطورة الإضطرابات ما بعد الصدمية (**Troubles de stress post traumatique**) عند " **الجنود** " ترتبط ايجابيا مع استراتيجيات المقاومة**المركزة حول الإنفعال**. وانتهى كلاهما الى **أن نمط المقاومة النشط المتمركز حول المشكل يكون أكثر فعالية من نمط المقاومة غير النشط** المتمركز حول الإنفعال لتخفيف حدة الضغط الإنفعالي الناتج عن الموقف الضاغط .

ترتبط فعالية استراتيجيات المقاومة بالصحة الجسدية وبخصائص المواقف الضاغطة كالمدة التي يستغرقها الحدث الضاغط ، ومدى قدرة الفرد على التحكم فيه. اذ أن **التجنب** مثلا يكون أكثر فعالية على المدى القصير (**من 0 الى 3 أيام بعد الموقف الضاغط**)، وتكون الإستراتيجية النشيطة أكثر فعالية على المدى البعيد (**ابتداءا من أسبوعين بعد الموقف الضاغط**) .

وحسب " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " **Folkman** " (**1984**) لا تكون استراتيجيات المقاومة النشيطة فعالة الا اذا كان الموقف الضاغط تحت سيطرة الفرد، لأنه في حالة عدم تمكن الفرد من التحكم في الحدث حينئذ تعد الإستراتيجيات غير النشيطة كالتجنب أكثر تكيفا.

وفي حالة الأمراض الخطيرة كالسرطان مثلا بينت دراسات كل من "**موريس**" "**Morris** " و" **بيتنجال** " " **Pettingale** " (**1979**) و " **دين** " " **Dean** " و " **سيرتيس**" " **Surtees** " (**1989**) أن الهروب أو الإنكار أو أيضا اعادة التقييم الإيجابي للمرض هي استراتيجيات مقاومة تسمح بتكيف أفضل عند المصابين بسرطان الثدي. (**سولومون Solomon وآخرون، 1989**)

تتحقق فعالية المقاومة حسب وجهة نظر " **لازاروس** " " **Lazarus** " و " **فولكمان** " " " **Folkman** " (**1984**) بوجود الإنسجام الجيد بين جهود المقاومة وعناصر أخرى تتمثل في القيم، الإعتقادات والأهداف...الخ. فعندما تتعارض استراتيجيات المقاومة بشكل كبير مع قيم الفرد ينتج عن ذلك صراع و تصبح استراتيجيات المقاومة بدورها مصدرا لضغوطات جديدة.

وفي نفس المضمون يشير كل من " **شولس** " " **Suls** " و " **فليتشر**" " **Fletcher** "(**1989**) الى أن فعالية استراتيجية ما تتوقف على خصائص الوضعية الضاغطة من جهة وعلى رقابة الحدث الضاغط من جهة أخرى. (**شويتزرSchweitzer، دانتزرDantzer، 1994**)

مما سبق يظهر أنه لا وجود لإستراتيجيات مقاومة مستقلة بذاتها عن المميزات الشخصية الإدراكية و المعرفية للفرد وعن خصوصيات الوضعيات الضاغطة.

وفي هذا الإطار يوضح " **ليت** " " **Litt** " **(1988)** بأن تصورات الفرد وادراكاته حول فعالية الذات تجاه المواقف تحدد استجابات المقاومة.

فالفرد الذي لديه اعتقاد بامكانية مواجهة متطلبات الموقف يلجأ لإستعمال استراتيجيات حل المشكل، في حين الفرد الذي لديه مستوى فعالية الذات منخفض من المحتمل أن يدرك وجود افتقار في قدراته فيستعمل استراتيجيات تؤدي الى احداث الضيق والتوتر الإنفعالي. (**نقلا عن أيت حمودة، 1999 ، ص 146**)

5 – دور المساندة الإجتماعية في التخفيف من التوتر الإنفعالي :

توصلت البحوث التي أجريت لحد الآن الى أن المساندة الإجتماعية تسمح بتخفيف الأثر النفسي الناتج عن المواقف الضاغطة.

اذ قام " **دو أروجو** " " **De Araujo** " **و آخرون** (**1973**) بتقييم دور المساندة الإجتماعية وأثرها على المستقبل الطبي (**Le devenir médical**) ل **50 مصاب بالربو** فتوصلوا بعد سنة واحدة من تقييم المساندة الإجتماعية ومواقف الحياة الضاغطة الى أن ارتفاع نسبة " **الستيروييدات** " " **Corticosteroides** " يعكس اضطرابها.

كما لاحظ كل من " **دو أروجو** " " **De Araujo** " و **آخرون** أن المصابين بالربو الذين تعرضوا الى عدد قليل من الحوادث الضاغطة يبدون انخفاض في نسبة " **الستيروييدات** " مهما كانت درجتهم على سلم المساندة الإجتماعية.

أما المصابين بالربو الذين تعرضوا الى عدد كبير من الحوادث الضاغطة فيبدون ارتفاع في نسبة " **الستيروييدات** " اذا كانت درجتهم على سلم المساندة الإجتماعية منخفضة.

نتائج مماثلة توصلت اليها دراسة " **نوكولس** " " **Nuckolls** " و **آخرون (1972)** على مجموعة مكونة من **170** امرأة حامل، فالنساء اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة قبل وبعد الحمل و درجة منخفضة على سلم المساندة الإجتماعية تظهرن نسبة أكبر من المضاعفات بعد الحمل مقارنة بمثيلاتهن اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة و درجة مرتفعة على سلم المساندة الإجتماعية.

كما توصل " **سندلر** " " **Sandler** " و **آخرون (1982)** وكذا " **لفكورت** " " **Lefcourt** " **وآخرون (1984)** الى أن المساندة الإجتماعية أكثر فعالية عند الأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي منه عند الأفراد الذين لديهم مركز تحكم خارجي. وكتدعيم لذلك يفسر هؤلاء هذه النتائج باعتبارهم أن الأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يستعملون المساندة الإجتماعية بشكل فعال كوسيلة تسمح لهم بمواجهة الموقف الضاغط **كمحاولة الحصول على معلومات مثلا** . بينما الأفراد الذين لديهم مركز تحكم خارجي يستعملون المساندة الإجتماعية بشكل أقل فعالية.

أما " **ساراسون** " " **Sarason** " و **آخرون (1986)** فتوصلوا من خلال أبحاثهم الى أن انخفاض درجة المساندة الإجتماعية في حياة الفرد يعتبر عامل مهدد بالإضطراب. **(ساراسون Sarason وآخرون، 1986)**

خاتمة :

يعتبر الضغط من بين العوامل النفسية الإجتماعية التي تأثر على الصحة الجسدية و النفسية للمصابين بالربو. فعندما يلاقي المصاب بالربو موقفا ضاغطا فانه يحاول أن يراقبه و يتحكم فيه عن طريق مختلف الإستجابات التي من شانها أن تأثر على هذا الحدث الضاغط و تخفف من شدته. وعندما يتعلق الأمر باصابته (مرض الربو) فانه يحاول أن يلجأ الى عدد من الإستراتيجيات التي تمكنه من التكيف و التوافق مع متطلباته، وتكون عملية المقاومة هذه بناءا على تقديره المعرفي للمرض.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الرابع

منهجية البحث

1 – مكان اجراء البحث

2 – تصميم البحث

3 – عينة البحث

3 – 1 – طريقة اختيار العينة

3 – 2 – خصائص العينة

4 – وسائل القياس

4 – 1 – مقياس الإكتئاب ل " باك " " Beck "

4 – 2 – مقياس ادراك الضغط ل " ليفنستاين " " Levenstein "

4 – 3 – مقياس المقاومة ل " بولهان " " Paulhan " و آخرون

5 – التقنيات المستعملة في المعالجة الإحصائية

1 – مكان إجراء البحث :

بغـــرض إقتصاد الوقت والجهد، قررت الطالبة الباحثة إجراء البحث الحالي في أقرب وأكثر المصـــالح التـــي يتردد عليها المصـــابـــين بمرض الربـــو قصد المتابعة الطبية أو العلاج أو قصد الحصـــول علـــى الأدويـــة الخاصة بالمرض، يتعلق الأمر بمصلحة الأمراض التـــنفسية لمستشفى مصطفى باشا الجامعي بـــالجزائر الوسطى.

والجديـــر بالذكـــر أن استقبال المرضى بالـــربو وحصولهم على الإستشارة الطبية من طرف الأطـــباء المختصـــين فـــي علاج الأمراض التنفسية ومرض الربـــو يكون خارج المصلحة التابعة لمستشـــفى مصـــطفى باشـــا الجامعي وبالضبط في مستوصف ضد مرض السّل (**Dispensaire DAT Leond Bernard – anti- tuberculeux**) أين يتم تشخيص الحالات، تقديم الوصفة الطبية المناسبة لها وتقييم مدى فعالية العلاج على فترات يحددها الطبيب المختص **(Le pneumo-phtisiologue traitant)**.

وقـــد اســـتغـــرقت الدراســـــة الميدانـــــية للحصـــول علـــى عـــينة البحث مدة **07** اشهر وبالتحديد من نوفمبر **2000** إلى ماي **2001**.

2 – تصميم البحث :

إعـــتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على التصميم البعدي «Ex-post-facto-design» لأنهـــا بصـــدد قياس تأثير متغيرات مستقلة ليس لها أي تدخل في إحداثها في متغير تـــابع موجود مسبقا. وتستخدم هـــذه الطريقـــة فـــي الحـــالات التـــي لا يـــمكـــن فيها إخضـــاع المتغـــيرات المستقلة للتصميم التجريبي المحكم. **(عيسوي، 1974)**

3 – عينة البحث :

3 – 1 – طريقة إختيار العينة :

يقوم اختيار أفراد عينة البحث التي تبنتها الطالبة الباحثة على محكين أساسين :

3 – 1 – 1 – الجانـــب الطبـــي : وممثـــل بتشخيص الأطباء المختصين في متابعة وعلاج الأمراض التنفسية للحالات المصابة بمرض الربو.

3 – 1 – 2 – الجانـــب الوثائقـــي : وهو ممثل بالملفات الطبية للمرضى والتي تثبت وجود الإصابة وطبيعتها.

وقد تحددت أوصاف إختيار عينة البحث بعنصرين أساسيين :

أ- السن: ويتراوح بين **18** و**40** سنة نظرا لكون مرض الربو يمس الفئة الشابة من المجتمع.

ب- طبيعة الإصابة: ويقصد بها تصنيف المفحوصين الذين اختارتهم الطالبة بمعنى توزيعهم **في مجموعتين :**

1 – تمثل "**المجموعة الأولى**" المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

2 – وتمثل "**المجموعة الثانية** " المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

بـــناءا علـــى هذه الأوصاف تدخل العينة المختارة من طرف الطالبة الباحثة ضمن العينات المقيدة « **Controlled samples** ».

تتميز العينة المقيدة حسب " **محمد الحسن** " **(1986)** بالخصائص التالية :

- لا يخضع انتقائها للصدفة أو الإختيار العشوائي.

- لا تســمح بإعطاء أفراد مجتمع الدراسة نفس الفرصة في الإنتماء إلى عينة البحث المرادة بالإختبار.

- تــزود الباحث بالأفراد الذين يعتقد أنهم يستوفون الشروط التي تسمح بتحقيق أهداف البحث المسطرة. **(الحسن، 1986)**

3 – 2 – خصائص عينة البحث :

شملت عينة البحث 106 مفحوصا مصابا بمرض الربو يتراوح سنهم ما بين 18 و 40 سنة، صنفوا إلى مجموعتين :

- **المجموعة الأولى : تمثل المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.**

- **المجموعة الثانية : تمثل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.**

بعد تفريغ أجوبة أفراد المجموعتين فيما يخص الخصائص العامة لكل مجموعة تحصلنا على الجداول التالية:

الجدول رقم (03) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

الجنس	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض		المجموع	
الذكور	18	% 40,91	29	% 46,77	47	% 44,33
الإناث	26	% 59,09	33	% 53,23	59	% 55,66
المجموع	44	% 41,51	62	% 58,49	106	% 100

يوضـــح الجـــدول رقم (**03**) أنّ المجموعة الأولى التي تمثل المصابين بالربو ذوي سوابق عائلـــية للمـــرض تشمل **44** مفحوصا أي ما يعادل **41,51 %** من العينة الكلية، وتشمل المجموعة الثانية التي تمثل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض **62** مفحوصا أي ما يعادل **58,49 %**من العينةالكلية.

الجدول رقم (04) : توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض	
23-18	18	% 40,91	15	% 24,19
29-24	08	% 18,18	18	% 29,03
35-30	11	% 25,00	16	% 25,81
40-36	07	% 15,9	13	% 20,97
المجموع	**44**	**% 100**	**62**	**% 100**

يوضـــح الجـــدول رقم (**04**) أنّ أغلبية مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض تتراوح أعمارهم بين **18** و **23** سنة أي ما يعادل نسبة **41%** تقريبا من المجموع الكلي لأفراد المجموعة الأولى.

في حين تتراوح أعمارأغلبية مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض بين **24** و **29** سنة أي ما يعادل **29,03 %** من المجموع الكلي لأفراد المجموعة الثانية.

و يــبلغ متوسط ســن المصابيــن بالربــو ذوي سوابق عائلية للمرض27 سنة، بينما يبلغ متوسط سن المصابيــن بالربــو دون سوابق عائلية للمرض 29 سنة.

الجدول رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض	
أعزب	35	**% 79,55**	40	**% 64,52**
متزوج	09	**% 20,45**	19	**% 30,64**
مطلق	00	**00**	03	**% 04,84**
المجموع	**44**	**% 100**	**62**	**% 100**

يتّضح من خلال الجدول أعلاه أن نسبة المتزوجين ضعيفة ضمن مجموعتي الدراسة، إذ تقدر ب **20,45 %** عــند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض و ب **30.64%** عند دون سوابق عائلــية للمرض . في حين نسجل نسبة مرتفعة عند فئة غير المتزوجين بالنسبة للمجموعتين بحيث تصل عند ذوي سوابق عائلية للمرض إلى**79.55%**، وتصل عند دون سوابق عائلية للمرض الى **% 64,52**.

الجدول رقم (06) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض	
	العدد	**النسبة %**	**العدد**	**النسبة %**
إبتدائــــي	06	**% 13,64**	11	**% 17,74**
متوسط	15	**% 34,09**	14	**% 22,58**
ثانوي	20	**% 45,45**	30	**% 48,39**
جامعي	03	**% 06,82**	07	**% 11,29**
المجموع	**44**	**% 100**	**62**	**% 100**

يبيــن الجــدول المــدون أعــلاه أنّ أغلبية أفراد مجموعة مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمــرض وأغلبــية أفــراد مجموعة مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض لهم مستوى دراسي ثــانوي وذلك بنسبتي **45,45%** و **48,39 %** على التوالي، بينما يحتل المستوى الدراسي المتوسط المركــز الثانــي بنســبتي**34.09%**و**22,58%** على التوالي، فالمستوى الدراسي الإبتدائي بنسبتي **13,64%** و **17,74%** علــى التوالــي، ثم أخيرا نجد المستوى الدراسي الجامعي بأقلة نســبة في المجموعتــين ممــثلة بــ **06,82%** و **11,29%** على التوالي.

الجدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي .

المستوى الإقتصادي	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض	
	العدد	**النسبة %**	**العدد**	**النسبة %**
ضعيف	12	**% 27,27**	27	**% 43,55**
متوســط	26	**% 59,09**	27	**% 43,55**
جــيّــد	06	**% 13,64**	08	**% 12,90**
المجموع	**44**	**% 100**	**62**	**% 100**

نلــتمس من خلال الجدول رقم (07) أنه أكــثر من نصف أفراد مجموعة المرضى بالربو ذوي ســوابق عائلــية للمرض لهم مستوى اقتصادي **متوسط** أي مــا يعادل **59,09%** من العدد **الإجمالــي، فــي حيــن يشــغل المستوى الإقتصادي الضعيف والجيد المركز الثاني والثالث على الــتوالي بنسبتي 27,27 % و13,64 %.**

أمــا فــي مجموعة المرضى بالربو دون سوابق عائلية للمرض فنجد توافق بين نسبة الأفراد ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط والضعيف بنسبة 43,55%، ثــمّ يــشغل المستوى الإقتصادي الجــيّد المركز الثالث بنسبة 12,90 % كما هو الشأن بالنسبة للمجموعة الأولى.

الجدول رقم (08) : توزيع أفراد العينة حسب المهنــة .

المهـــنــة	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
تلميذ/متربص/طالب	12	% 27,27	08	% 12,91
عـــامل	20	% 45,46	33	% 53,22
بدون عمل	12	% 27,27	21	% 33,87
المجموع	**44**	**% 100**	**62**	**% 100**

يـوضـــّـح الجـدول رقم (**08**) أن نسبة العاملين عند مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمــرض وعند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض تمثل أكبر نسبة بـــ**45,46 %** و**53,22 %**علـى التوالي. ثـمّ تلي ذلك نسبة المتمدرسين والعاطلين عن العمل ب **27,27%** عند مرضى الــربو ذوي ســوابق عائلــية. أمـــا عند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض فتلي نسبة فئة العاملين نسبتي فئة العاطلين والمتمدرسين ب **33.87%** و**12,91 %** على التوالي.

4 – وسائل القياس :

4 – 1 – مقياس الإكتئاب لBeck :

يعتبر مقياس "**بـــاك** " " **BECK** " للإكتئاب من أكثر مقاييس الإكتئاب شيوعا واستعمالا في مجال العلاج والطب النــفـــسي. (**غريب، 1985**)

وقـــد تـــم تصميمه من طرف الإكلينيكي الأمريكي "**باك**" " **BECK** " سنة **1961** بغرض تزويد الباحث بتقدير سريع وصادق لمستوى الإكتئاب عند العميل. تضمنت الصورة الأولى للمقياس (**21**) مجموعـــة مـــن الأعراض تتكون كل مجموعة منها من أربعة **04** عبارات متسلسلة، تعكس درجة الإضطراب.

وجعـــل "**باك**" "**BECK** " المقياس متدرج من **0** إلى **3** للإشارة إلى شدّة الإكتئاب مع العلم أنّ انـــتقاء عبـــاراته كان بناءا على ملاحظات إكلينيكية مكثفة ومنظمة وكذا العديد من التسجيلات المرتبطة بمواصفات الإكتئاب.

أمـــا المقياس في صورته الحالية فيتكون من ثلاثة عشر **(13)** مجموعة من العبارات، ويُعد الصورة المختصرة لمقياس الأصلي الذي أعدّه " **باك** " " **BECK** " نفسه :

بعـــد إعداد الصورة الجديدة للمقياس إختبر الباحث معامل الإرتباط بين المقياس في صورتيه القديمة والحديثة فكان مقداره **0,96** .

تتمثل العبارات المدرجة في النسخة الجديدة للمقياس فيما يلي :

1) الحزن

2) التشاؤم

3) الشعور بالفشل

4) عدم الرضا

5) الشعور بالذنب

6) عدم حب الذات

7) إيذاء الذات

8) الإنسحاب الإجتماعي

9) التردد

10) تغير تصور الذات

11) صعوبة العمل

12) التعب

13) فقدان الشهيّة

4 – 1 – 1 – مميزات مقياس " باك " " BECK " للاكتئاب :

يمكن تلخيص مميزات مقياس " **باك** " " **BECK** " في العناصر الآتية :

- أعـــدّ لقياس الإكتئاب وليس أي اضطراب آخر.
- تسهل الإجابة عليه من طرف المفحوصين.
- لا يتطلب مهارات ولا كفاءات عالية من الفـــاحص.
- أكـــثر اتصـــالا بالتعريف الإكلينيكي للإكتئاب الذي يرتبط بالنظرية الـــمعرفية لـــ " **باك** " **BECK"** .

- يساعد في الحصول على درجات كمية عند قياس الإكتئاب بحيث يكمل هذا التقدير، التقدير الإكلينيكي.

- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة.

- يستخدم بغرض التشخيص واختبار مدى فعالية العلاج.

- لا يتأثر بخلفية نظرية معينة.

- له معامل صدق وثبات عاليين بإجماع مختلف الدراسات التي أجريت حول صلاحيته.

فنظرا لتماشي المميزات مع المنطلقات النظرية للبحث تـمّ اختيار مقياس" **باك** " " **BECK** " لقياس شدة الإكتئاب عند أفراد عينة البحث.

وقد تمّت الإستعانة بالصورة العربية للمقياس والتي قدّمها **غريب عبد الفتاح غريب (1985)**

(أنظر الملحق رقم (03)). (غريب، 1985)

<u>4 – 1 – 2 – كيفية تطبيق المقياس :</u>

إنّ مقياس " **بـــاك** " " **Beck** " للإكتئاب قابل للتطبيق الفردي والجماعي.

إذ تحـــتوي كراســـة الأســـئلة الخاصة بالمقياس على تعليمات مفصلة توضح كيفية الإجابة، وكيفية تسجيلها على نفس الكراسة.

فـــإذا طبق المقياس بشكل " **فردي** " يطلب الباحث من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في كراســـة الأســـئلة ثـــم البدء في الإجابة. أما إذا طبق المقياس بشكل "**جماعي**" في هذه الحالة يطلب الباحـــث من المفحوصين– بعد أن يكون قد وزع عليهم كراسات الأسئلة التي تتضمن إسم العميل، ســـنه، مستواه التعليمي و تاريخ الإجابة – أن يقرؤوا التعليمات لأنفسهم، في الوقت الذي يتولى فيه الباحث قراءة التعليمات بصوت مرتفع حتى يزول الغموض أو الإلتباس.

و ليس هناك زمن محدد الإجابة على المقياس، و لكن لا ينبغي للباحث أن يخبر المفحوصين بهذا ما لم يسألوا عن الزمن المحدد للإجابة.

<u>4 – 1 – 3 – طريقة تصحيح المقياس :</u>

يتكون مقياس من ثلاثة عشر **(13)** مجموعة من العبارات تتكون كل مجموعة من أربعة **(04)** عبارات متدرجة من **(0)** إلى **(3)**.

و للوصول إلى الدرجة الكلية على المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المجوعات الثلاثة عشر. اذ تتراوح الدرجات على المقياس بين 0 و39 وهي أعلى درجة للاكتئاب.

لا يتبع مقياس" BECK " الطريقة الكلاسيكية بتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية وانما الأسلوب المتبع في تقدير حدة الإكتئاب هو أسلوب الدرجات الفاصلة كما يوضحه الجدول التالي :

الجدول رقم (09) : تقدير درجة الإكتئاب ومدلولها بإستخدام مقياس بـ Beck

درجة الإكتئاب	مدلول درجة الإكتئاب
4 – 0	لا يوجد إكتئاب
7 – 5	إكتئاب معتدل
15 – 8	إكتئاب متوسط
16 فما فوق	إكتئاب حـاد

علـى العموم تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 4 إلى عدم وجود إكتئاب، والدرجة التي تتراوح بين 5 و 7 إلى وجود إكتئاب خفيف، في حين تشير الدرجة التي تتراوح بين 8 و15 الـى وجود إكتئاب متوسط أما إبتداءا من الدرجة 16 فما فوق فنقول أن المفحوص يعاني من إكتئاب حاد. **(غريب، 1985)**

4- 2- إستبيان إدراك الضغط ل ليفنستاين Levenstein و آخرون (1993):

4- 2- 1 – وصفه :

وضـع من طرف " **ليفنستاين " " Levenstein " و آخرون (1993)** لقياس مؤشر إدراك الضغط (**Perceived stress index**) ويشمل **30** عبارة تتضمن نوعين من البنود:

أ – بنود مباشرة.

ب – بنود غير مباشرة.

1 - **البنود المباشرة:** وعددها 22، و تدل على وجود مؤشرادراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول إزاء الموقف الذي يصفه البند، والى مؤشرادراك ضغط منخفض عندما يجيب بالرفض.

و تتمثل هذه البنود في العبارات رقم: 2.3. 4. 5. 6. 8. 9. 11. 12. 14. 15. 16. 18. 19. 20. 22. 23. 24. 26. 27. 28. 30. و تنقط من **1** إلى **4** من اليمين (**تقريبا أبدا**) إلى اليسار (**عادة**).

2 - **البنود غير المباشرة :** و عددها **8** تتمثل في العبارات رقم : 1. 7. 10. 13. 17. 21. 25. 29.

و تدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالرفض، و على مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالقبول. و تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من **4** إلى **1** من اليمين (**تقريبا أبدا**) إلى اليسار (**عادة**) (**أنظر الملحق رقم (02)**).

4 – 2 – 2 – كيفية تنقيط الاستبيان :

تنقط بنود الإختبار وفقا ل **4** درجات من **1** إلى **4** كما يلي:

- تقريبا أبدا ——— نقطة **(1)**
- أحيانا ——— نقطتين**(2)**
- كثيرا ——— ثلاثة **(3)** نقاط
- عادة ——— أربعة **(4)** نقاط

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود (مباشرة أو غير مباشرة)، تحسب قييمة مؤشر إدراك الضغط في هذا الإختبار وفقا للمعادلة التالية :

مؤشر إدراك الضغط = مجموع القيم الخام – 30 /90

و يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار أي من البنود المباشرة و غير المباشرة. و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من **0** إلى **1** إذ تدل الدرجة **(0)** على أدنى مستوى ممكن للضغط (**Lowest possible level of stress**)،

وتدل الدرجة (1) على أعلى مستوى ممكن للضغط (Highest possible level of stress).

(ليفنستاين، Levensteine، 1993، ص ص 19- 20)

4 – 3 – مقياس المقاومة ل بولهان Paulhan و آخرون :

ان أصــل هــذا المقــياس هــو مقــياس المقاومة لكل من **لازاروس Lazarus** و **فولكمان Folkman (1984)**و المتألف من 67 بندا.

و قــد تضمنت خطوات عملهما في اختبارصدق المقياس إستجواب 100 فردا (52 إمرأة ، 48 رجل) تتراوح أعمارهم بين 40 و 65 سنة و ذلك كل شهر و لمدة سنة. إذ يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة و الإشارة الى الإستراتيجيات الأكثر إستعمالا لمواجهة تلك الوضعية. و قد كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود 8 سلالم فرعية تتضمن كل منها عدة بنود و هي كالتالي :

1- حل المشكل

2 – روح المقاومة أو تقبل المواجهة

3 – أخذ الإحتياط أو تصغير التهديدات

4 – إعادة التقييم الإيجابي

5 – التأنيب الذاتي

6 – الهروب أو التجنب

7 – البحث عن الدعم الإجتماعي

8 – التحكم في الذات

4 – 3 – 1 – النسخة المختصرة لهذا السلم ل فيتاليانو Vitalianoو آخرون (1985):

والتي تحمل نفس تسمية مقياس **لازاروس Lazarus** و **فولكمان Folkman** :

"**The Ways Of Coping check List**" و تتكون هذه النسخة من 42 بندا.

كشــف التحليل العاملي بعد تدوير **الفاريماكس** "**Rotation varimax**" عن وجود **خمسة** سلالم فرعية تتمثل في:

1 – حل المشكل

2 – التأنيب الذاتي

3 – إعادة التقييم الإيجابي

4 – البحث عن الدعم الإجتماعي

5 – التجنب

4 – 3 – 2 – الصورة المكيفة حسب البيئة الفرنسية ل بولهان Paulhan آخرون (1994):

قامت كل من **بولهان Paulhan** ، **نويسيي Nuissier** ، **كانتار Quintard**، كوسون **Cousson** ، و **بورجوا Bourgeois** بتكييف النسخة المختصرة لـ **فيتاليانو Vitaliano** و آ خرون **(1985)** المتألفة من **42** بندا ، فكانت النتيجة إستبقاء **29** بندا.

و كان الهدف من هذا العمل هو البحث عن فعالية المقاومة في تعديل العلاقة ضغط – توتر ، و توضيح أنواع الإستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية و النفسية.

و قد تضمنت خطوات التكييف:

ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة **بوردو Bordeaux** ثم تطبيقه على عينة مكونة من **501** راشد، بين طلاب، و عاملين من الجنسين (**1722** رجل ، **329** إمرأة) تتراوح أعمارهم مابين **20** و **35** سنة.

و بإستعمال التحليل العاملي مع تنوير الفاريماكس تم التوصل إلى نتيجتين:

تأخذ بنود الإختبار بعين الإعتبار محور عام للمقاومة يضم إستراتيجيات مقاومة مركزة حول المشكل و أخرى مركزة حول الإنفعال.

تعكس بنود المقياس (**05**) خمسة مستويات للمقاومة مكونة الصورة النهائية للسلم و هي :

1 – حل المشكل	**La résolution du problème**
2 – التجنب مع التفكير الإيجابي	**L'évitement avec pensée positive**
3 – البحث عن الدعم الإجتماعي	**La recherche du soutien social**
4 – إعادة التقييم الإيجابي	**La réévaluation positive**
5 – التأنيب الذاتي	**L'auto- accusation**

(بولهان PAULHAN وآخرون، 1994 ، ص295)

4 – 3 – 3- كيفية تطبيق المقياس :

يطبق مقياس بولهان Paulhan و آخرون بصفة فردية أو جماعية و تتبع في ذلك التعليمة الآتية :

1.صف موقفا مؤثرا عشته خلال الأشهر الأخيرة.

2.حدد شدة الإنزعاج و التوتر الذي سببه لك هذا الموقف.

☐ منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع

و ذلك بوضع العلامة (x) أمام المستوى المناسب.

3 . أشر بالعلامة (x) الى الإستراتيجيات التي كنت قد استعملتها في مواجهة الموقف علما بــأن الإســـتراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند 1 الى البند 29 ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من 4 احتمالات وهي :

1. نعم
2. الى حد ما نعم
3. لا
4. الى حد ما لا

يضم هذا المقياس كما أسلفنا ذكره 5 مستويات، يحتوي كل مستوى على عدد معين من البنود و هي كالتالي :

1 . استراتيجية حل المشكل وتضم 8 بنود هي (1. 4 . 6 . 13 . 16 . 18 . 24 . 27).

2 . استراتيجية التجنب و تضم 7 بنود هي (7 . 8 . 11 . 17 . 19 . 22 . 25).

3 . اســـتراتيجية البحـــث عن الدعم الإجتماعي وتضم 5 بنود هي (3 . 10 . 15 . 21 . 23).

4 . اســـتراتيجية اعــادة التقيــيم الإيجابــي و تضم 4 بنود هي (14 . 20 . 26 . 29).

(أنظر الملحق رقم (04))

علـــى العموم لا يتم وضع وقت محدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة الا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

4 – 3 – 4 – كيفية تنقيط المقياس :

يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 1 الى 4 اذ تمنح :

- نقطة (1) اذا كانت الإجابة : لا
- نقطتين (2) اذا كانت الإجابة : الى حد ما لا
- ثلاثة (3) نقاط اذا كانت الإجابة : الى حد ما نعم
- أربعة (4) نقاط اذا كانت الإجابة : نعم

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ماعدا البند رقم (15) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من العلامة (4) الى العلامة (1). (بولهان **Paulhan** و آخرون،**1994، ص ص 298-299)**

5 – المعالجات الإحصائية :

يهدف البحث الحالي الى الكشف عن علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عـند المصـابين بمـرض الربو، و بالضبط تحديد وجود أو عدم وجود فروق في هذه العلاقة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و بين دون سوابق عائلية للمرض من الجنسين.

ولإختـبار صحة الفرضيات المطروحة في البحث لجأنا الى مجموعة من التقنيات الإحصائية وهي كالتالي:

5 – 1 – المتوسطات الحسابية :

يلعـب المتوسط الحسابي ($\overline{X}$) دورا بالغ الأهمية في التحليلات الإحصائية، وهو يحسب بقسـمة مجمـوع قيم العينة المعنية بالدراسة وليكن من X_1 الى X_n على عددها ويعطى بالقانون التالي :

$$\overline{X}=\frac{\sum_{i=1}^{i=n} X_i}{n}$$

حيث يمثل :

$\sum_{i=1}^{i=n} X_i$: مجموع قيم الأفراد

n : عدد الأفراد (حجم العينة)

وقد حسبت المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعتي البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة اعتمادا على نفس القانون المدون أعلاه باستعمال الحاسوب الآلي.

5 – 2 – الإنحرافات المعيارية :

يعتــبر الإنحـــراف المعياري الأكثر استعمالا كمقياس للتشتت، وهو يعبر على الفرق بين قيم المشاهدات X_i و المتوسط الحسابي $\overline{X}$ لهذه القيم. ونحصل عليه بتطبيق القانون التالي :

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{i=n}(X_i-\overline{X})^2}{n-1}}$$

يمكن تلخيص العمليات الحسابية المطلوبة لإيجاد الإنحراف المعياري بالخطوات التالية :

1 – استخدام المتوسط الحسابي للمعطيات الخاصة بالعينة ($\overline{X}$).

2 – ايجاد انحرافات القيم (X_i) عن المتوسط الحسابي ($\overline{X}$).

3 – تربيع كل انحراف من الإنحرافات المعنية.

4 – ايجاد مجموع مربعات الإنحرافات.

5 – تقسيم مجموع مربعات الإنحرافات على عدد القيم (n-1) فنحصل على التباين (S^2).

6 – نأخذ الجذر التربيعي للتباين (S^2) فنحصل على الإنحراف المعياري (S).

(البلداوي، 1997، ص ص119–120)

وقد حسبت الإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة – ادراك الضغط، الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة اعتمادا على الحاسوب الآلي.

5 – 3 – اختبار الدلالة t.test :

و الهــدف منه هو اختبار ما اذا كان الفرق بين متوسطين حسابيين يرجع الى الصدفة أو أنه فرق جوهري يدل على أن العينتين مسحوبتين من مجتمعين مختلفي المتوسطات فعلا.

ولمعـــرفة الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطين يسمح اختبار الدلالة **t.test** بتحويل الفرق الى **قيمة معيارية تائية t** .

وقد اعتمدت الباحثة على **اختبار t** لقياس الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات مجموعتي البحـــث المستقل تين في المتغيرات التالية : **ادراك الضغط، الإكتئاب واستراتيجيات المقاومة (مع** العلم أن حجم العينتين مختلف $n_2 \neq n_1$ ، $48 = n_1$ ، $62 = n_2$).

نحسب **قيمة t** اعتمادا على القانون التالي:

$$t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{\left[\frac{(n_1-1)S_1^2+(n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2}\right]\left[\frac{n_1+n_2}{n_1 \times n_2}\right]}}$$

$$Df = n_1 + n_2 - 2$$

و قد تمت الإستعانة بالحاسوب الآلي في ذلك.

ملاحظة :

يفترض هذا القانون تجانس العينتين أي عدم اختلافهما من حيث التباين.

5 – 4 – معامل ارتباط pearson الخاص بمعطيات كمية :

يهـــدف **معـــامل ارتباط pearson** الى معرفة ان كانت هناك علاقة بين متغيرين، مع تحديد درجة الإرتباط بينهما، واستخدام هذه الدرجة لوصف طبيعة العلاقة الإرتباطية.

و يمكـــن التعبير عن صيغة معامل الإرتباط البسيط و الذي يدعى **بمعامل ارتباط " بيرسن " pearson"** بالقانون التالي:

$$r = \frac{n\sum_{i=1}^{i=n} X_iY_i - \sum_{i=1}^{i=n} X_i \sum_{i=1}^{i=n} Y_i}{\sqrt{\left[(n\sum_{i=1}^{i=n} X_i^2 - (\sum_{i=1}^{i=n} X_i)^2\right]\left[(n\sum_{i=1}^{i=n} Y_i^2 - (\sum_{i=1}^{i=n} Y_i)^2\right]}}$$

(البلداوي، 1997، ص455)

و للحصـــول علـــى معـــاملات الإرتـــباط بين متغيرات الدراسة تم استعمال الحاسوب الآلي لإقتصاد الوقت و الجهد معا.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

1 – عرض النتائج الخاصة بمقياس الإكتئاب، باستبيان ادراك الضغط و مقياس المقاومة

2– تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بوسائل القياس

3 – الخاتمة

4 – توصيات و اقتراحات

1 – عرض النتائج :

1 – 1 – إدراك الضغط :

بعد تطبيق مقياس إدراك الضغط لـ" **ليفنستين** " " **Levenstein** " على عينتي البحث (المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض " **العينة1** " والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض " **العينة2** ") قمنا بتفريغ الدرجات المحصل عليها في **الجـدول رقم (10) (أنظر الملحق رقم 05)**.

يتضح من الجدول رقم (**10**)أن درجات أفراد **العينة (1)** على المقياس تتراوح بين**0,14** و **0,73** ، في حين أن درجات أفراد **العينة (2)** على المقياس تتراوح بين **0,19** و **0,71**.

و لإختبار الفرضية الأولى للبحث التى مفادها توجد فروق ذ ات دلالة احصائية فى شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض استعملت الباحثة **اختبار t** لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث شدة الضغط فكانت النتائج كما يوضحها **الجدول رقم (11)**.

الجدول رقم (11) : نتائج اختبار t للفروق في متوسط إدراك الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.

المجموعة	**المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض**		**المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض**		قيمة (ت)	**مستوى الدلالة** α
	المتوسط الحسابي $\overline{X}$	**الإنحراف المعياري S**	**المتوسط الحسابي** $\overline{X}$	**الإنحراف المعياريS**		
ادراك الضغط	0,4327	0,1274	0,4761	0,1360	-1,662	0,05

يوضح الجدول رقم (**11**) المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية والدرجة التائية للفروق بين متوسطي درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودرجات دون سوابق عائلية للمرض على مقياس الضغط .

حيث بلغت **قيمة tc المحسوبة 1,66-** في حين بلغت **قيمة t المجدولة 1,98** عند درجة الحرية **Df =104** ، و مستوى الدلالة **α =0,05.**

بالمقارنة بين قيمة **tc** المحسوبة وقيمة **t المجدولة** يتضح أن قيمة **tc المحسوبة** أقل من **قيمة t المجدولة** هذا يدل على غياب فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي عينتي البحث من حيث شدة الضغط .

تتنافى هذه النتيجة مع الفرضية الأولى للبحث بمعنى لا توجد فروق في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 2 – الإكتئاب :

تنص الفرضية الثانية المتعلقة بالإكتئاب على ما يلي :

توجد فروق ذات دلالة احصائية في شدة الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

فبعد تطبيق مقياس الإكتئاب ل **باك" BECK "** على عينتي البحث تراوحت درجات أفراد **العينة(1)** على المقياس بين **0** و **34** ، في حين تراوحت درجات أفراد **العينة (2)** على نفس المقياس بين **03** و **37** و يظهر ذلك من خلال **الجدول رقم (12) (أنظر الملحق رقم 05).**

ولإختبار الفرضية الثانية للبحث تم استعمال **لختبارt** لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث شدة الإكتئاب فكانت النتائج كما يوضحها **الجدول رقم (13).**

الجدول رقم (13) : نتائج لختبارt للفروق في متوسط الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.

المجموعة	المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض		المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض		قيمة (ت)	مستوى الدلالة α
	المتوسط الحسابي $\overline{X}$	الإنحراف المعياري S	المتوسط الحسابي $\overline{X}$	الإنحراف المعياري S		
الإكتئاب	15,3182	8,7225	17,2419	9,0747	-1,093	0,05

يوضح **الجدول رقم (13)** المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية و الدرجة التائية للفروق بين متوسطي درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقياس الإكتئاب.

اذ بلغت **قيمة tc المحسوبة 1,09** - في حين **بلغت قيمة t المجدولة 1,98** عند درجة الحرية **Df = 104** و مستوى الدلالة α =0,05 .

بالمقارنة بين **قيمة tc المحسوبة** و **قيمة t المجدولة** يظهر أن **قيمة tc المحسوبة** أقل من **قيمة t المجدولة** و عليه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصلئية بين متوسطي عينتي البحث من حيث شدة الإكتئاب .

تتنافى هذه النتيجة مع الفرضية الثانية للبحث بمعنى لا توجد فروق فى شدة الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 3 – استراتيـــــــــــــجيات المقـــــــــاومة :

يتضمن مقياس المقاومة ل **بولهان Paulhan وآخرون** خمسة **(5)** مقاييس جزئية يقيس كل منها طريقة من طرق المقاومة.

تنص الفرضية الثالثة للبحث و المتعلقة باستعمال استراتيجيات المقاومة على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة احصائية في استراتيجيات المقاومة المستخدمة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و تلك المستخدمة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

فبعد تطبيق مقياس المقاومة على عينتي البحث قمنا بتفريغ النتائج المحصل عليها في **الجدولين رقم (14) ورقم (15)** على التوالي :

الجدول رقم (14) : درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة

الإستراتيجيات	حجم العينة	القيمة الدنيا	القيمة القصوى
حل المشكل	44	10.00	32.00
التجنب	44	10.00	28.00
البحث عن مساندة اجتماعية	44	5.00	20.00
اعادة التقييم الإيجابي	44	9.00	20.00
التأنيب الذاتي	44	4.00	16.00

يوضح **الجدول رقم (14)** درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة الذي يعكس استراتيجيات المقاومة التي يستعملونها و المتمثلة في استراتيجيات حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، اعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي على التوالي.

الجدول رقم (15) : درجات المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة

الإستراتيجيات	حجم العينة	القيمة الدنيا	القيمة القصوى
حل المشكل	62	11.00	32.00
التجنب	62	11.00	28.00
البحث عن مساندة اجتماعية	62	7.00	20.00
اعادة التقييم الإيجابي	62	8.00	25.00
التأنيب الذاتي	62	4.00	16.00

يوضح **الجدول رقم (15)** درجات المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة الذي يعكس استراتيجيات المقاومة التي يوضفونها والتي تتجسد في استراتيجيات حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، اعادة التقييم الإيجابي، والتأنيب الذاتي على التوالي.

و لإختبار الفرضية الثالثة للبحث استعملت الباحثة **اختبارt** لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث استعمال استراتيجيات المقاومة. فكانت النتائج كما هي موضحة في **الجدول رقم (16)**.

الجدول رقم (16) : نتائج اختبار t للفروق في متوسط استراتيجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض

الإستراتيجيات	المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض		المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض		مستوى الدلالة	قيمة (ت)
	المتوسط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري S	المتوسط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري S	α	
حل المشكل	23,7273	5,9037	23,6935	5,2623	0,05	0,031
التجنب	21,2727	4,9244	23,0484	4,4258	0,05	-1,942
البحث عن مساندة اجتماعية	15,4545	3,7631	14,0161	3,7263	0,05	1,95
اعادة التقييم الإيجابي	16,2955	2,8577	16,5484	3,3763	0,05	-0,404
التأنيب الذاتي	10,2955	3,7700	11,1935	3,3034	0,05	-1,300

يوضح **الجدول رقم (16)** المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية والدرجة التائية للفروق بين مجموعتي البحث في استعمال مختلف استراتيجيات المقاومة.

1 – 3 – 1 – استراتيجية حل المشكل :

بعد تطبيق **اختبار t** للفروق بين متوسطي عينتي البحث فيما يتعلق باستعمال استراتيجية حل المشكل بلغت **قيمة tc المحسوبة 0,031** ، أما **قيمة t المجدولة** من أجل درجة حرية **Df =104** و مستوى دلالة **α=0,05** فبلغت **1,98 (أنظر الجدول رقم 16)**.

بالمقارنة بين **قيمة tc المحسوبة** و **قيمة t المجدولة** يظهر أن **قيمة tc المحسوبة** اقل من **قيمة t المجدولة**، و عليه نستنتج أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للربو و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية حل المشكل.

1 – 3 – 2 – التجنب :

من خلال نتائج تطبيق **اختبار t** للفروق بين متوسطي عينتي البحث حول استعمال استراتيجية التجنب الموضحة في **الجدول رقم (16)** أعلاه يظهر أن **القيمة التائية المحسوبة tc** بلغت **-1,94** في حين أن **القيمة التائية المجدولة t** من أجل درجة الحرية **Df = 104** و مستوى الدلالة α = **0,05** فبلغت **1,98**.

بالمقارنة بين **قيمة tc المحسوبة** و **قيمة t المجدولة** يظهر أن **قيمة tc المحسوبة** أقل من **قيمة t المجدولة** مما يدل على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية التجنب.

1 – 3 – 3 – البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق **اختبار t** للفروق الموضحة في **الجدول رقم (16)** حول استعمال استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عن **قيمة تائية محسوبة tc** مقدارها **1,95** و **قيمة تائية مجدولة t** مقدارها **1,98** عند مستوى الدلالة α =**0,05** و درجة الحرية **Df = 104**.

بالمقارنة بين **قيمة tc المحسوبة** و **قيمة t المجدولة** يتضح أن **قيمة tc المحسوبة** أقل من **قيمة t المجدولة** وهذا ان دل على شيء فانما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض في استخدام استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

1 – 3 – 4 – اعادة التقييم الإيجابي :

تبين نتائج **اختبار t** الموضحة في **الجدول رقم (16)** عدم وجود فروق جوهرية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية اعادة التقييم الإيجابي . نستدل على ذلك بقيمة **t المحسوبة** التي قدرت ب **0,04 –** وهي أقل من قيمة **t المجدولة** التي قدرت ب **1,98** وهذا عند درجة الحرية **Df = 104** ومستوى الدلالة α = **0,05** .

نستنتج أنه لا وجود لفروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي البحث في استخدام هذه الإستراتيجية.

1 – 3 – 5 – التأنيب الذاتي :

بينت نتائج **اختبار t** المدونة في **الجدول رقم (16)** عدم وجود فروق جوهرية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية التأنيب الذاتي اذ بلغت قيمة **tc المحسوبة 1,30–** و بلغت قيمة **t المجدولة 1,98** وهذا عند درجة الحرية **Df = 104** و مستوى الدلالة α **=0,05.**

نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في استعمال استراتيجية التأنيب الذاتي.

نستخلص مما تقدم أن الفرضية الخاصة باستعمال استراتيجيات المقاومة و التي تنص على وجود اختلاف جوهري بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجيات المقاومة لم تتحقق. اذ أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في استعمال استراتيجيات حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، اعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي.

1 – 4 – علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض:

تنص الفرضية الرابعة للبحث على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط النفسي و طبيعة إستراتيجيات المقاومة المستعملة عند الصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. و من أجل إختبار هذه الفرضية استعمل **معامل ارتباط " Pearson " البسيط (r)** لتحديد العلاقة بين الضغط و كل طريقة من طرق المقاومة على حدى. فكانت النتائج كما هي مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (17) : معامل ارتباط "بيرسن " لقياس العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض

الإستراتيجيات	حل المشكل	التجنب	البحث عن مساندة اجتماعية	اعادة التقييم الإيجابي	التأنيب الذاتي
حل المشكل	1,000	**0,395	**0,410	**0,456	-0,054
التجنب	**0,395	1,000	-0,076	**0,459	**0,499
البحث عن مساندة اجتماعية	**0,410	-0,076	1,000	0,165	**-0,393
اعادة التقييم الإيجابي	**0,456	**0,459	0,165	1,000	0,180
التأنيب الذاتي	-0,054	**0,499	**-0,393	0,180	1,000
الضغط	-0,113	0,245	-0,233	-0,242	**0, 417

* العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

** العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

1 – 4 – 1 – العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية حل المشكل :

بينت نتائج تطبيق **معامل ارتباط "بيرسن" " r "** وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الضغط و استراتيجية حل المشكل، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي بلغت **r = –0,11** كما هو موضح في **الجدول رقم (17)**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال استراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 4 – 2 – العلاقة بين الضغط النفسي و استراتجية التجنب :

بينت نتائج تطبيق **معامل ارتباط " بيرسن" " r "** وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الضغط و استراتيجية التجنب، و هي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في **الجدول** رقم (17) والتي بلغت **r = 0,24** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال استراتيجية التجنب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 4 – 3 – العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أوضحت نتائج تطبيق **معامل إرتباط " بيرسن " " r "** وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية، و هي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في **الجدول رقم (17)** و التي بلغت **r =0,23** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 4 – 4 – العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي :

أسفرت نتائج تطبيق **معامل إرتباط " بيرسن" " r "** عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها **الجدول رقم (17)** و التي بلغت **r = -0,24** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 4 – 5 – العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

من خلال تطبيق **معامل إرتباط "بيرسن" " r "** تبين أنه توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط وإستراتيجية التأنيب الذاتي، وهي علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة α =**0,01** نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها **الجدول رقم (17)** و التي بلغت **r = 0,417** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

مما سبق يتضح أن الفرضية الرابعة للبحث تحققت جزئيا بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α =**0,01** بين الضغط النفسي و إستراتيجية التأنيب الذاتي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات حل المشكل،

التجنب، البحث عن مساندة إجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي عند المصابين بالربوذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 5 – علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض:

تنص الفرضية الخامسة للبحث على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

و من أجل إختبار هذه الفرضية إستخدم **معامل إرتباط " بيرسن " " r "** لتحديد العلاقة بين الضغط و كل طريقة من طرق المقاومة على حدى عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فتحصلنا على النتائج المدونة في **الجدول رقم (18)**.

الجدول رقم (18) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض

الإستراتيجيات	حل المشكل	التجنب	البحث عن مساندة اجتماعية	اعادة التقييم الإيجابي	التأنيب الذاتي
حل المشكل	1,000	0,235	-0,09	**0,407	0,053
التجنب	0,235	1,000	0,084	0,148	*0,252
البحث عن مساندة اجتماعية	-0,09	0,084	1,000	-0,054	-0,085
اعادة التقييم الإيجابي	**0,407	0,148	-0,054	1,000	-0,098
التأنيب الذاتي	0,053	*0,252	-0,085	-0,098	0,252
الضغط	*-0,323	*0,300	-0,043	**-0,376	*0,282

* **العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة α = 0.05**

** **العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة α = 0.01**

1 – 5 – 1 – العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية حل المشكل :

أسفرت نتائج تطبيق معامل إرتباط " **بيرسن** " " **r** " عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية حل المشكل وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α=**0,05**.

نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط المدونة في **الجدول رقم (18)** و التي بلغت **r = – 0,32** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 5 – 2 – العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية التجنب :

تبين من خلال تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و إستراتيجية التجنب و هى علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α =**0,05** .

نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في **الجدول رقم (18)** و التي بلغت **r = 0,30** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال إستراتيجية التجنب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 5 – 3 – العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية :

أوضحت نتائج تطبيق **معامل ارتباط** " **بيرسن** " " **r** " وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية و هي علاقة ليست لها دلالة إحصائية . نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في **الجدول رقم (18)** و التي بلغت **r =– 0,04** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل استعمال إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض .

1 – 5 – 4 – العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي :

أسفرت نتائج تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي و هى علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α =**0,01**. نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها **الجدول رقم (18)** و التي بلغت **r=– 0,376**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 5 – 5 – العلاقة بين شدة الضغط النفسي و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

بينت نتائج تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و إستراتيجية التأنيب الذاتي وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** . نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها **الجدول رقم (18)** والتي بلغت **r = 0,28** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي من طرف المصابين بالربو عديمى سوابق عائلية للمرض .

مما سبق يتضح أن الفرضية الخامسة للبحث تحققت جزئيا بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات حل المشكل ، التجنب ، إعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي على التوالي، **في حين لا توجد علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.**

1 – 6 – علاقة الضغط النفسي بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض:

كشف معامل إرتباط " بيرسن " " r " الذي بلغت قيمته r =0,617 عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب و هي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α =**0,01**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و بالتالي تحققت الفرضية السادسة للبحث التي مفادها توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط النفسي وشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 7 – علاقة الضغط النفسي بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض:

تبين من خلال حساب **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " الذي بلغت قيمته **r =0,642** وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب و هي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,01**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض و بالتالي تحققت الفرضية السابعة للبحث التي مفادها توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 8 – علاقة إستراتيجيات المقاومة بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض :

تنص الفرضية الثامنة للبحث على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض، و من أجل إختبار هذه الفرضية تم حساب معامل إرتباط " **بيرسن** " لتحديد العلاقة بين شدة الإكتئاب و كل إستراتيجية من إستراتيجيات المقاومة على حدى كما هو مدون في **الجدول رقم (19)**.

الجدول رقم (19) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة والإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض

الإستراتيجيات	الإكتئاب
حل المشكل	*-0,341
التجنب	0,217
البحث عن مساندة اجتماعية	-0,277
اعادة التقييم الإيجابي	-0,176
التأنيب الذاتي	*0,341

*** العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة α = 0.05**

1 – 8 – 1 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية حل المشكل :

بينت نتائج تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية حل المشكل و هي علاقة لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

$\alpha =$ **0,05** و قد بلغت قيمة معامل الإرتباط **r = – 0,34** كما يوضحها **الجدول رقم(19)**

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عن المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 8 – 2 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التجنب :

كشفت نتائج تطبيق **معامل إرتباط "بيرسن"** " **r** " عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التجنب وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي بلغت **r = 0,22** كما يوضحه **الجدول رقم (19)**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد إستعمال إستراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 8 – 3 – العلاقة بين شدة الإكتئاب واستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية، وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي بلغت **r = – 0,28** **كما هو موضح في الجدول رقم (19)**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل اعتماد المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

1 – 8 – 4 – العلاقة بين شدة الإكتئاب واستراتيجية اعادة التقييم الإيجابي :

بينت نتائج تطبيق **معامل ارتباط** " **بيرسن** " " **r** " وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية اعادة التقييم الإيجابي وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط الموضحة في **الجدول رقم (19)** والتي بلغت **r = – 0,176**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استخدام استراتيجية اعادة التقييم الإيجابي من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 8 – 5 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

أسفرت نتائج تطبيق **معامل الإرتباط** " **بيرسن** " " **r** " عن وجود علاقة علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإكتئاب واستراتيجية التأنيب الذاتي. نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط **r = 0,34** المدونة في **الجدول رقم (19)** وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد إستعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

مما سبق يتضح أن الفرضية الثامنة للبحث تحققت جزئيا بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب و إستراتيجيتي حل المشكل و التأنيب الذاتي على التوالي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب وإستراتيجيات : التجنب، البحث عن مساندة إجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

1 – 9 – علاقة إستراتيجيات المقاومة بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض:

تنص الفرضية التاسعة للبحث عن وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

و من أجل إختبار هذه الفرضية إستعمل معامل إرتباط " بيرسن " لتحديد العلاقة الإرتباطية بين شدة الإكتئاب و كل إستراتيجية من إستراتيجيات المقاومة على حدى فكانت النتائج كما هو **موضح في الجدول رقم (20).**

الجدول رقم (20) : معامل ارتباط "بيرسن " لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة وشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض

الإستراتيجيات	الإكتئاب
حل المشكل	**-0,337
التجنب	*0,308
البحث عن مساندة اجتماعية	-0,216
اعادة التقييم الإيجابي	**-0,378
التأنيب الذاتي	**0,391

* العلاقة الإرتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة α= 0.05

** العلاقة الإرتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة α = 0.01

1 – 9 – 1 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية حل المشكل :

بعد تطبيق **معامل إرتباط** " **بيرسن** " " **r** " تبين أن هناك علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية حل المشكل و هي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α =**0,01** نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط **r** =– **0,337** الموضحة في **الجدول رقم (20)**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل إستعمال إستراتيجية حل المشكل من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 9 – 2– العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التجنب :

بعد تطبيق **معامل إرتباط" بيرسن** " " **r** " تبين أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإتئاب و إستراتيجية التجنب و هي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط **r** = **0,308** الموضحة في **الجدول رقم (20)**.

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد إستعمال إستراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 9 – 3 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق **معامل إرتباط " بيرسن " " r "** عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية، و هي علاقة ليست دلالة إحصائية حسب ما توضحه قيمة معامل الإرتباط **r = – 0,216** المدونة في **الجدول رقم (20).**

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل إستعمال إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

1 – 9 – 4 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية اعادة التقييم الايجابي :

إتضح من خلال تطبيق **معامل إرتباط " بيرسن" " r "** وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، و هي علاقة لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α **=0,01** حسب ما توضحه قيمة معامل الإرتباط **r = – 0,378** المدونة في **الجدول رقم (20).**

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض .

1 – 9 – 5 – العلاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

تبين من خلال تطبيق **معامل إرتباط " بيرسن " " r "** وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية التأنيب الذاتي و هي علاقة لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α **=0,01** نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط **r = 0,39** المدونة في **الجدول رقم (20).**

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

مما سبق يتضح أن الفرضية التاسعة للبحث تحققت تقريبا كلية بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب و استراتيجيات : حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي، في حين لا توجد علاقة بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية البحث عن مساندة إجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

2 - تحليـــل و منــاقشـــة النتـــائـــج :

بينت نتائج البحث عدم وجود فروق بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض في إدراك الضغط ربما يرجع ذلك إلى اشتراك أفراد عينة البحث في عناصر عديدة كالسن (يتراوح بين 18 و 40 سنة) الجنس، المستوى الإقتصادي و التعليمي، الحالة المدنية و المنطقة الجغرافية إذ أغلبهم يقطنون في الجزائر العاصمة أو ضواحيها. ضف إلى ذلك تماثل كبير في الوضعيات الضاغطة التي تعرض لها أفراد مجموعتي البحث، إذ تلخصت مجمل الظروف التي شكلت مصدر ضغط بالنسبة لهم و التي وردت في إجاباتهم على مقياس " **بولهان** " " **Paulhan** " **وآخرون** في ما يلي :

- مشاكل مادية إذ أغلبهم ذوي دخل متوسط لا يكفي لسد متطلبات العيش من جهة ولسد تكاليف المتابعة الطبية و الأدوية التي يعتبرها جل المرضى باهضة الثمن من جهة أخرى.
- مشاكل نفسية جلها مرتبطة بنوبات الربو التي تشكل مصدر خوف و رعب بالنسبة للمرضى.
- مشاكل عائلية.
- مشكلة السكن.
- فشل العلاقات العاطفية التي يشكل المرض مصدرا لها في أغلب الأحيان خاصة بالنسبة للإناث.

في هذا السياق توصلت بحوث كل من " **بويص**" " **Boyce** " و **آخرون (1977)**،" **ليفتان**" " **Levitan** " **(1985)** و " **تيرما** " " **Teirmaa** " **(1986)** إلى وجود علاقة بين الأحداث الحياتية الضاغطة و ظهور الربو، و أنه كلما زادت الضغوطات كلما كان احتمال الإصابة أكبر عند الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض. **(كلينرت klinnert و آخرون، 1994)**

كما توصلت دراسة "**بنسبات**" " **Bensabat** " و **آخرون (1980)** إلى أن الإنشغالات المادية و المهنية، الإحباطات المتتالية، الفشل و المشاكل العائلية و العاطفية من بين العوامل النفسية والإنفعالية المولدة للضغط كونها تتطلب من الفرد زيادة في التكيف الجسدي، النفسي و البيولوجي، و هي بذلك مسؤولة عن إستجابات الفرد غير التكيفية. (**بنسبات Bensabat، 1980)**

وقد بين "**كوهان** " **Kohen** " و "**هربرت** " **Herbert** " **(1994)** بأن الضغط يمكن أن يؤثر على الصحة إذا لم يلتزم الفرد بالنصائح الطبية. و أكثر من اللجوء إلى بعض السلوكيات اللاصحية **كالتدخين** مثلا. **(هربرت Herbert، 1994)**

أما " **لازاروس**" **LAZARUS** " **(1988)** فيرى أن ما يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته و إنما الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط **(شويترز Schweitzer ودانتزر Dantzer ، 1994)**. و في نفس الصدد يرى " **هربرت** " " **Herbert** " و " **كوهان** " " **Cohen** " **(1994)** أن الضغط لا يعرف من خلال الحدث البيئي و لا من خلال الإستجابة الفيزيولوجية للفرد اتجاه الحدث، بل يعرف الضغط من خلال إدراك الفرد للحدث البيئي. فالضغط في نظر " **هربرت** " ينشأ عندما يقيم الفرد الموقف بأنه مهدد و أنه من المهم الإستجابة له و لكنه لا يملك استجابة مقاومة ملائمة. **(هربرت Herbert ، 1994)**

إذن يتفق الباحثون بأن هناك متغيرات وسيطة بين أثر الضغوطات و النتيجة التكيفية للفرد و صحته النفسية و الجسدية و تتجسد في التقدير المعرفي الذي يعطي للحدث معنى مهدد وضاغط، و المقاومة التي تمثل الإستراتيجية المستعملة كاستجابة للضغط المدرك معرفيا من طرف الفرد.

إن عدم وجود اختلاف بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في إدراك الضغط يمكن أن يفسر بعدم وجود فروق في التقدير المعرفي المعطى للمرض.

و قد تبين من خلال إجراعنا لهذه الدراسة عدم وجود فروق بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الاكتئاب ربما يرجع ذلك إلى عدم القدرة على التحكم في تطورات المرض كحدث ضاغط.

في هذا الصدد يشير " **سلجمان** " " **Seligman** " **(1975)** إلى أن السبب الرئيسي في ظهور مشاعر العجز و اليأس يرجع إلى غياب القدرة على التحكم في الحوادث و ليست الحوادث ذاتها المسؤولة عن ذلك **(كوترو Cottraux، 1990)**. هذا ما ذهبت إليه دراسة " **Liborstyet Call** " **(1973)** في البحث عن السوابق المرضية لبعض الأمراض العضوية التي كشفت عن وجود **13%** من حالات اكتئابية كسوابق مرضية . **(كوترو Cottraux، 1990)**

ضف إلى ذلك فإن " **باك** " " **Beck** " **(1979)** يرى أن الإكتئاب اضطراب في التفكير ويعتبر أعرضه كنتائج لتنشيط أنماط معرفية سلبية في وضعيات توتر أو حزن .

و يتضمن المخطط الإكتئابي حسب " **باك** " " **Beck** " ثلاثية معرفية تعتبر النواة الأساسية للإكتئاب و هي تشمل : النظرة السلبية للذات، النظرة السلبية للعالم الخارجي و النظرة السلبية للمستقبل.

اتضح من خلال نتائج الدراسة على مقياس باك للإكتئاب توفر هذه الثلاثية المعرفية التي تمثل النواة الأساسية للإكتئاب، إذ أن نسبة كبيرة من المصابين بالربو ينظرون إلى أنفسهم على أنهم لا يتمتعون بقدرات وإمكانيات تسمح لهم بتأكيد ذواتهم، و يرون في العالم الخارجي مصدرا للخطر كونه مليئا بالصعوبات والحواجز التي تحول دون بلوغهم لأمنياتهم و أهدافهم المسطرة، كما تغلب على المصابين بالربو سواءا ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض نظرة تشاؤمية فيما يتعلق بما يخبؤه المستقبل من مفاجئات، و يبلغ بهم الأمر في الكثير من الأحيان درجة فقدان الأمل في ايجاد حلول للمواقف الصعبة التي تعترضهم.

و قد بين كل من " **كابتين** " " **Kaptein** " **(1982)** و " **فريدمان**" " **Friedman**"**و آخرون (1987)** بأن بعض مرضى الربو يظهرون مستويات عالية من الإكتئاب النفسي، ضف إلى ذلك تكرار تصريحات باليأس فيما يتعلق بمرضهم و كذا المستقبل. **(نقلاً عن أيت خالد، 1999، ص 239)** و لاحظ " **يلوليس** " " **Yellowlees** " و **آخرون (1987)** تكرار كبير لإضطرابات **القلق** بـــنسبة **22%** أما نسبة انتشار الإكتئاب **فقدرت بـــ 52%** .

أما دراسة " **بيتنجال** " " **Pettingale** " و **آخرون (1988)** حول الإكتئاب عند المصابين بأمراض مزمنة فتوصلت إلى أن حضور الإكتئاب أمام عدة أمرض مزمنة يعود إلى الصراعات الداخلية التي يعاينها المريض و هي تعتبر بمثابة مؤشر هام لوجود اضطرب داخلي. **(كوترو Cottraux، 1990)**

مما سبق نستنتج أن هناك تماثل بين نتيجة البحث الحالي و ما توصلت إليه الدراسات السابقة من حيث تكرار عنصر الإكتئاب عند المصابين بالربو.

أما فيما يخص استعمال استراتيجيات المقاومة للتعامل مع الوضعيات الضاغطة فقد بينت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجيات حل المشكل و الإستراتيجيات المركزة حول الإنفعال بما في ذلك استراتيجية التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي.

يمكن أن نفسر عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة في المقاومة التي تركز على المشكل باشتراك المصابين بالربو من المجموعتين في طبيعة المواقف الضاغطة التي تحول دون

استقرارهم و توازنهم النفسي الإجتماعي. إذ يتعلق الأمر في أغلب الحالات بمشاكل مادية، بحيث **86,79 %** من أفراد مجموعتي الدراسة يتراوح دخلهم بين الضعيف و المتوسط، **18,87 %** منهم متمدرسين و **31,13 %** منهم بدون عمل.

كما يشترك المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في طبيعة المشاكل النفسية المرتبطة بالمرض بما في ذلك القلق و الخوف من النوبات أو تأزم الحالة المرضية في حالة عدم توفر الدواء في السوق أو عدم تمكن المريض من اقتنائه لعدم توفر الإمكانيات المادية.

كما يعاني المصابين بالربو من المجموعتين من نفس المشاكل العائلية تقريبا، و كذا من مشكلة عدم الإستقرار العاطفي ومشكلة السكن و البطالة التي تعيقهم - المصابين بالربو- في الإعتماد على أنفسهم بحيث **90,56 %** من أفراد مجموعتي الدراسة يتراوح مستواهم الدراسي بين الإبتدائي، المتوسط و الثانوي و **09,43 %** فقط منهم ذوي شهادات جامعية تؤهلهم للحصول على عمل أكثرا استقرارا و ملائمة، في حين تصعب مهمة الفئة الأولى في إيجاد عمل وان تم الحصول عليه يبقى غير مستقر.

كما تعيق مشكلة البطالة عدد كبير من المصابين بالربو عن الإستقرار النفسي الإجتماعي ببناء أسرة إذ **70,75 %** منهم غير متزوجين.

و يرتبط عدم اختلاف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال **المقاومة التي تركز على المشكل** بمدى قدرتهم على التحكم في الحوادث الضاغطة. إذ وضح " **ميكولنسر** " " **Mikulincer** " و" **سولومن**" " **Solomon** " **(1989)**، "**لازاروس** " "**LAZARUS**" " و " **فولكمان** " " **Folkman** " **(1980)**، " **كارفر**" " **Karver** " و **آخرون (1989)** "**ألدوين** " " **Aldwin** " **(1991)** أن فعالية استراتيجيات المقاومة على الصحة الجسدية للفرد تترابط بخصائص المواقف الضاغطة، كالمدة التي يستغرقها الحدث الضاغط و مدى قدرة الفرد على ضبطه والتحكم فيه. حيث تكون استراتيجية حل المشكل أكثر فعالية عند ما تكون هناك إمكانية لضبط الحدث. **(تيريTerry ، 1994)**

إذن فأمام المشكلات التي يعاني منها المصابين بالربو من مجموعتي الدراسة من الصعب إيجاد حلول مناسبة بسهولة في وسط جغرافي مليء بالعراقيل . و بالتالي فإن التخطيط لحل المشكل في هذه الحالة يبقى عديم الفعالية لأن استعماله يقتضي قابلية ضبط الحدث الضاغط.

أما ما يفسر أكثر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمالهم لإستراتيجيات المقاومة المركزة

على الإنفعال بما في ذلك التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي فهو غياب قابلية لضبط الأحداث الضاغطة المشتركة التي تعترضهم و من ثم تكون هذه الإستراتيجيات أكثر تكيفا لمواجهتها .

وقد أظهر " **ستيبتوي** " " **Steptoe** " و " **أبلس** " " **Appels** " **(1989)** أن مجرد ثقة الفرد بامتلاكه لإستجابات نوعية لمواجهة المواقف الضاغطة بالرغم من عدم توظيفها بشكل فعال يساهم في تخفيف أثر الضغط عليه. (**ستيبتوي Steptoe، 1989**)

و توصل " **لازاروس**" " **LAZARUS** " و " **فولكمان** " **FOLKMAN** " إلى أن الإستراتيجيات النشيطة تبدو فعالة في حالة ما إذا كان الحدث الضاغط تحت رقابة الفرد. أما في حالة غياب تلك الرقابة تصبح الإستراتيجيات غير النشيطة كإستراتيجية **التجنب** أكثر تكيفاً.

(**لازاورس Lazarus** و **فولكمان Folkman ، 1984**). و يكون **التجنب** فعالا حسب "**جرير** " **Greer** " و" **موريس** " " **Moris** " **(1979)** عندما يظهر في شكل سلوكات بديلة ونشاطات تعويضية **(Activitès de substitution)** كالنشاطات الرياضية، الألعاب، الإسترخاء و المطالعة مما يسمح بتصريف الضغط الإنفعالي و بالتالي مساعدة الفرد على الشعور بتحسن كنوع من المواجهة ضد المشكل. (**دانتزرDantzer** و **شويترز Schweitzer، 1994**)

و حسب " **شولس**" " **Suls** " و " **فليتشر**" " **Fletcher** " **(1985)** لا يوفر الهروب الذي يمثل شكلا من أشكال التجنب الا هدوءا انفعالياً مؤقتا و يبدو ضعيف الفعالية أمام استمرار الوضعيات المهددة (**شولس Suls** ، **فليتشر Fletcher ، 1985**) كما هو الشأن بالنسبة للمصاب بالربو الذي تستمر عنده الإصابة كوضعية مهددة مما يجعل من عملية التكيف معها عملية صعبة .

أما فيما يخص استراتيجية **البحث عن مساندة اجتماعية** فإن عدم و جود فروق بين مجموعتي الدراسة في استعمالها يرجع حسب ما توصلت اليه دراسة " **ماريون ميرال دو** " " **Marion Merell Dow** " **(1993)** إلى كون مرضى الربو بحاجة إلى الحماية والمعاونة. (**نقلا عن أيت خالد، 1999**)

و في هذا الصدد أشار " **دانتزر** " " **Dantzer** " **(1994)** إلى حاجة المصاب بالربو إلى الشعور بالإطمئنان والإحساس بقدراته و قيمته و بالتالي فإن تشجيعه و مساعدته على ذلك تهدف إلى استرجاع ثقته بنفسه أمام المواقف الضاغطة التي تقتضي متطلبات تفوق قدراته و إمكانياته.

(**دانتزر Dantzer، 1994**)

و قد بينت دراسة كل من " **سيمي** " " **Syme** " و" **بير كمان** " " **Berkman** " **(1979)** ودراسة "**ملتزنر** " " **Metznner** "، " **روبينس** " " **Roubbins** " و"**هوس**" " **House** "(**1982**) أن بعض العلاقات الإجتماعية تلعب دورا مهما في حماية الأفراد من الأمراض و من تطورها في حالة ظهورها. كما توصلت نفس الدراسات إلى أن المرضى الذين يقيمون علاقات اجتماعية كثيرة يعيشون أكثر من أقرانهم الذين يقيمون علاقات اجتماعية ضئيلة.

و تأخذ المساندة الإجتماعية في نظر " **هوس** " " **House** " و "**كاهن**" " **Kahn** " **(1985)** أشكالا مختلفة حسب ما تفرضه الوضعيات الضاغطة التي تعترض المريض (مساندة مرتبطة بالتقدير الذاتي، مساندة مادية، مساندة إعلامية ... الخ). و في حالة ضعف المساندة الإجتماعية يزيد شعور المريض بنقصه من الناحية العضوية فيؤثر ذلك على توازنه النفسي.

في حين أشار " **هوبفول** " " **Hobfoll** " **(1986)** إلى أن عدد العلاقات الإجتماعية ليس مهم بالنسبة للمريض بقدر ما يهمه استفادته من علاقة أو علاقتين منها بشكل أفضل. (**شويتزر Schweitzer،1994**)

يتضح من النتائج التي خلصت إليها الدراسات السابقة الدور الذي تلعبه المساندة الإجتماعية في وقاية المريض بالربو بصفة خاصة من الآثار السلبية للضغط و دورها في الحفاظ على صحته النفسية مما يفسر عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة من حيث استعمال استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

أما عدم وجود فروق جوهرية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية **إعادة التقييم الإيجابي** فيرجع إلى رغبة المرضى في التحلي بالقوة في مواجهة المرض بإعطائه معنى إيجابي و بالتالي تحويل التهديد إلى تحدي من أجل التكيف مع المرض بشكل أفضل.

و في هذا الصدد توصلت دراسة" **جريير**" " **Greer** " و" **موريس** " " **Morries** " و"**بينتجال** " " **Pettingale** " **(1979)** و دراسة " **دين** " " **Dean** " و " **سورتيس**" "**Surtees**" **(1989)** إلى أن استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي تسمح بتكيف أفضل مع ما تفرضه الوضعية الضاغطة في حالة الأمراض المزمنة كالربو إذ عن طريقها يبحث المريض عن شرح مقبول و منطقي للوضعية الضاغطة التي يعيشها. (**شويتزرSchweitzer ، دانتزرDantzer ، 1994)**

و أسفرت نتائج دراستنا عن عدم وجود فروق دالة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية **التأنيب الذاتي** ربما يرجع ذلك

إلى مستوى فعالية الذات المنخفض لدى مرضى الربو الذين يدركون عجزهم الصحي بمثابة عائق أمام تحقيق أهدافهم مما يولد شعورا بالذنب أو انتقاد الذات رغم عدم مسؤولية المريض في إصابته بهذا المرض.

في هذا الإطار توصل " **ليت** " " **Litt** " **(1988)** إلى أنه من المحتمل أن يرجع انخفاض مستوى فعالية الذات عند الفرد الى افتقار في القدرات الخاصة بالمواجهة فيستعمل بذلك استراتيجيات تؤدي إلى أحداث التوتر الإنفعالي. (**نقلا عن أيت خالد، 1999**)

في حين توصل " **بيترسن** " " **Peterson** " " **وسلجمان** " **Seligman** " **(1988)** إلى أن الأشخاص الذين يستعملون استراتيجية التأنيب الذاتي عادة ما يكونون عرضة للإكتئاب. (**شويتزر Schweitzer، دانتزر Dantzer، 1984)**

و أظهر كل من " **الدوين** " " **Aldwin** "، " **روفنسون** " " **Revenson** " **(1987)**و"**تيري** " " **Terry** " **(1991)** بأن هناك ارتباط بين الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال و الصحة النفسية السيئة (**تيري Terry، 1994)**. بمعنى آخر ممكن لهذه الإستراتيجيات أن تعيق الفرد عن إدراك أعراض المرض من جهة و عن اتخاذ السلوك التكيفي السليم من جهة أخرى و بالتالي القيام باستشارة متأخرة.

أما عن العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي و كل استراتيجية من استراتيجيات المقاومة على حدى عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة **$\alpha = 0,01$** بين الضغط النفسي و استراتيجية الـتأنيب الذاتي إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط **$r = 0,417$** ، بمعنى أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض لإستراتيجية التأنيب الذاتي. أما باقي الإستراتيجيات و المتمثلة في حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و البحث عن مساندة اجتماعية فلم يسجل أي ارتباط ذو دلالة إحصائية بينها و بين الضغط النفسي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عالية للمرض.

هذا ما لا يتفق مع الفرضية الرابعة للبحث التي مفادها توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

و فيما يخص المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة **$\alpha = 0,05$** بين الضغط النفسي واستراتيجية حل المشكل إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط **$r = -0,32$** . و بالتالي يمكن القول أنه كلما زادت شدة

الضغط كلما قل استعمال المصابين بالربو من هذه المجموعة لإستراتيجية حل المشكل، و قد سبق تفسير ذلك بمدى قدرة الفرد على ضبط الحدث الضاغط الذي تعرض له.

كما سجل ارتباط دال عند مستوى الدلالة α = **0,05** بين كل من إستراتيجية التجنب والضغط النفسي إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = 0,30** . و عليه فكلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال استراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

و سجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والضغط النفسي عند مستوى الدلالة α = **0,01** إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = − 0,376**

. و هذا يدل على أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل استعمال استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

في حين سجلت علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالةα = **0,05** بين استراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الضغط إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = 0,28** . و من ثم يمكن القول أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض لإستراتيجية التأنيب الذاتي . أما فيما يخص استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية فلم يسجل ارتباط ذو دلالة إحصائية بينها و بين الضغط النفسي و هذا ما يؤكد جزئيا الفرضية الخامسة للبحث.

كما سجلت علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = 0,01 بين شدة الضغط وشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب r = 0,32 .

و سجلت علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,01** بين **شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب r = 0,64 و بالتـــالي نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغـــط كلما زادت شـــدة الإكتئـــاب عند المصابين بالربـــو من المجموعتين و هذا ما يؤكد الفرضيتين السادسة و السابعة للبحث.**

و في هذا الصدد توصل " **انجل** " " **Engel** " و " **شمال** " " **Schmale** " **(1967)** إلى أن تأثير الحوادث الضاغطة قد يؤدي الى اكتئاب، هذا الأخير بدوره قد يؤدي إلى الإصابة بمرض عضوي. (**كوترو Cottraux، 1990**)

و أشار " **باك**" " **Beck** " **(1967)** إلى أنه إذا كان المرض العضوي خطيرا أو مزمنا (**كما هو الشأن بالنسبة لمرض الربو**) فإنه يؤدي حتما إلى الإصابة بالإكتئاب، و في نظره يرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي تتولد نتيجة هذا المرض. (**عطوف، 1981**)

أما فيما يتعلق بالعلاقة الإرتباطية بين الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة عند مجموعتي البحث، فسجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** بين كل من استراتيجية حل المشكل و شدة الإكتئاب إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = − 0,34** . بمعنى انه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استعمال استراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

كما سجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,01** بين استراتيجية حل المشكل و شدة الإكتئاب اذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = − 0,337** . و هذا يعني أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل لجوء المصابين دون سوابق عائلية للمرض إلى استراتيجية حل المشكل.

في نفس السياق أظهر " **فيتاليانو** " " **Vitaliano** " و **آخرون (1985)** بأن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين شدة الإكتئاب و استراتيجية حل المشكل. **(لازاروسLazarus، فولكمان Folkman،1984)**

ووضح " **فيتاليانو** " " **Vitaliano** " ، " **مايرو**" " **Mairo** " ، " **روسو**" " **Russo** " و " **كاتون**" " **Katon** " **(1990)** بأن المقاومة التي تركز على المشكل تنبأ باكتئاب ضعيف، بينما المقاومة التي تركز على الإنفعال فتنبأ بإكتئاب شديد و ذلك في حالة تقييم الفرد للأحداث الضاغطة على أنها مولدة للضغط. (**فالنتينرValentiner** ، و **آخرون** ، **1994**)

و قد سجلت علاقة ارتباطية ليست لها دلالة احصائية بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. في حين سجلت علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = 0,308** يدل ذلك على انه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد استعمال المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض لإستراتيجية التجنب.

إذ توصل " **فيتاليانو** " **Vittaliano** " و **آخرون (1985)** إلى أن هناك علاقة ايجابية بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب كما خلص كل من " **لازورس** " " **Lazarus** " و **فولكمان** "

"**Folkman**" **(1986)** إلى أن الأشخاص ذوي أعراض إكتئابية شديدة كثيرا ما يستعملون مقاومة التجنب. **(لازورس Lazarus و فولكمان Folkman ، 1988)**

أما فيما يخص العلاقة الإرتباطية بين استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية و شدة الإكتئاب، فقد وجدنا علاقة ارتباطية ليست لها دلالة إحصائية بين هاذين المتغيرين سواء عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض.

و فيما يتعلق بالعلاقة الإرتباطية بين استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي و شدة الإكتئاب فقد سجلنا علاقة ارتباطية ليست لها دلالة احصائية بين هاذين المتغيرين عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. في حين سجلنا علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,01** بين هاذين المتغيرين عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = − 0,378** و بالتالي يمكن القول أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استعمال استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند أفراد هذه المجموعة .

و سجلنا علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α = **0,05** بين كل من استراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب **r = 0,34** . يعني ذلك أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد استعمال أفراد هذه المجموعة لإستراتيجية التأنيب الذاتي.

كما سجلنا أيضا علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

α = 0,01 بين استراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب r = 0,391 . و هذا يعني أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما كان لجوء أفراد هذه المجموعة إلى استعمال استراتيجية التأنيب الذاتي أكبر.

يتضح من النتائج السابقة وجود فروق في استعمال استراتيجيات المقاومة التي ترتكز على الإنفعال أمام الإكتئاب بين المجموعتين بحيث تميل مجموعة المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجية التجنب كلما زادت شدة الإكتئاب، في حين تميل مجموعة المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجية التجنب و التأنيب الذاتي على التوالي.

يتضح أن النتائج المتعلقة بالعلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند مجموعتي الدراسة تتنافى مع الفرضيتين الثامنة و التاسعة للبحث.

3 - الخـــــــــــــــــــــــــــــــاتمـــــة :

صممت هذه الدراسة لمعرفة علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بالـــربو و كـــان الهدف منها فحص مدى وجود فروق بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط ، شدة الاكتئاب و استراتيجيات المقاومة.

فبعد تطبيق مقاييس الدراسة و جمع النتائج و معالجتها إحصائيا أسفرت المعالجة الإحصائية عن عدم و جـــود فـــروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو سواء ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط، شدة الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة.

أمـــا فيما يخص الفرضية الخاصة بعلاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض فتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم و جود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شـــدة الضغط و كـــل من استراتيجيات : حـــل المشـــكـــل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية و إعادة التقيـــيم الإيجابـــي علـــى الـــتوالـــي. في حين سجلنا علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصـــائية بين شدة الضغط واستـــــراتيجية التأنيب الذاتي.

و قـــد كشـــفت نتائج الدراسة فيما يتعلق بعلاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالـــربو دون ســـوابق عائلـــية للمـــرض عـــن وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط واســـتراتيجيات : حـــل المشكل، التجنب، اعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

كمـــا توصلت نتائج الدراسة إلى و جود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط وشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض.

و فـــيما يعنـــي علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمـــرض ، توصـــلت نـــتائج الدراســـة إلـــى وجـــود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب واســـتراتيجيتي حـــل المشـــكل و التأنيـــب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائيـــة بـــيـــن شـــدة الإكـــتئـــاب و استـــراتيجيات : التجـــنب، البحـــث عـــن مســـاندة اجتـــماعـــية وإعادة التقييم الإيجابي على التوالي.

أما من علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الاكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب واستراتيجيات : حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتئاب و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

نســـــتخلص من النتائج المتوصل إليها أنه لا يوجد اختلاف بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للــمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط، لشدة الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة.

كمــا نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند مجموعتي الدراسة و هذا ما نستدل عليه بالعلاقة الإرتباطية الموجبة ذات الدلالة الإحصائية بين المتغيرين.

و اتضـــح أن اســـتراتيجية التأنيـــب الذاتـــي هي الأكثر تفسيراً لشدة الضغط و لشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. في حين يميل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجيتي التجنب و التأنيب الذاتي بشكل أكبر أمام الضغط و الإكتئاب.

تؤكد نتائج هذه الدراسة أن المصابين بالربو سوءا ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمـــرض يحاولون التصدي لمختلف الضغوطات التي تعترضهم باستخدام طرق المقاومة المختلفة التي تسمح لهـــم بالتكيف مع المرض. إذ يشير " **لازورس**" " **Lazarus** " (**1966**) إلى أن الفروق الفردية في التوافق الســـيكولوجي مـــع المرض ترتبط إلى حد كبير بنوع الإستجابة التي يبديها المريض في التعامل مع الضغط الناتج عن وضعية المرض والمعبر عنها بإستراتيجيات المقاومة.(**فولكمان، Folkman، 1984**) يتضح من نتائج الدراسة أن المقاومة تحتل موقعا وسيطا في العلاقة بين الضغط، الإكتئاب و المرض. فأمام الجهود التي يبديها المصابين بالربو سواءا ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض للتكيف مع المرض و مخلفاتـــه النفســـية تـــتدخل سلسلة من المتغيرات أشارت إليها الباحثة "**بولوك**" "**Pollock**" (**1989**) من خلال دراستها للمتغيرات المؤثرة على الإستجابة التكيفية أمام المرض المزمن بحيث حددتها بثلاثة متغيرات تتجسد في **تقدير الضغط، القدرة على التحمل و التكيف الفيزيولوجي** مع المرض . و ترى الباحثة " **بولوك**" " **Pollock** " أن هـــناك علاقـــة بين المتغيرات الثلاثة، فالطريقة التي يدرك بها المريض وضعية مرضه (**تقدير الضغط**) و الأسلوب الذي يعالج به ذلك الضغط المدرك (**استراتيجيات المقاومة**) في نظرها عناصر تساعد إلى حد كبير في تحقيق التكيف الفزيولوجي و التوافق السيكولوجي مع المرض.

(نقلا عن أزروق، 1997)

نستخلص من هذه الدراسة أن إدراك الفرد و تقديره المعرفي لمختلف الضغوطات التي تواجهه يوميا انطلاقـــا مـــن معارفـــه و معتقداته الخاصة عنصران يلعبان أهمية كبيرة في التأثير على استجاباته و صحته النفسية و الجسدية.

و الحقـــيقة أن البحـــث في هذا الموضوع يجب أن لا يتوقف عند هذه النتائج فلابد من مواصلته على عينات أكـــبر و أوسع، كما يجب اعادة النظر في طريقة تكفلنا بشريحة المصابين بالربو من الناحية النفسية من جهة بتأمين كفالة نفسية في اطار علاج معرفي سلوكي يهدف الى الحد من سلوكاتهم غير المتكيفة، و تأمين كفالة طبـــية مـــن جهـــة أخرى و هذا بالتركيز على مختلف العوامل التي من شأنها أن تحسن من الوضع الصحي للمصابين و ذلك باستعمال التقنيات الفعالة والناجعة في آن واحد.

المراجع

1 - قائمة المراجع باللغة العربية :

1) البنداوي عبد الحميد عبد المجيد، (1997) ، الإحصاء للعلوم الإدارية و التطبيقية، دار الشروق ، عمان الأردن.

2) الحجار محمد، (1989) ، الطب السلوكي المعاصر ، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

3) الحسن احسان محمد ، (1986)، الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت لبنان.

4) الخطيب جمال، (1987)، " تعديل السلوك ، القوانين و الإجراءات " ، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان الأردن.

5) أزروق فاطمة الزهراء ، (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري ، إستراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الإجتماعي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي (غير منشورة)، الجزائر.

6) العفيفي عبد الحكيم ، (1990)، الإكتئاب والإنتحار ، الطبعة الأولى، الدار المصرية اللبنانية.

7) النابلسي محمود أسعد ، (1992)، مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته ، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ،الجزائر.

8) أيت حمودة حكيمة، (1998)، العوامل النفسية الإجتماعية المساعدة على تطوير داء الربو ، دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية و مرضى الربو الحساسي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي (غير منشورة)، الجزائر.

9) بوتلجة نسيمة، (2000) ، أثر المتغيرات النفسية الإجتماعية على الإستجابة للعلاج الكميائي لدى المرضى بالسرطان، رسالة ماجستير في علم النفس الإجتماعي (غير منشورة)، الجزائر.

10) بوشارب دجلة، (1997)، العوامل السيكوسوماتية لربو الطفل، دراسة عاملية تحليلية ، رسالة ماجستير في علوم التربية، (غير منشورة)، الجزائر .

11) بن طاهر بشير، (1998)، علم النفس و قضايا المجتمع الحديث ، عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و علوم التربية، (25 ، 26 ، 27 ماي 1998)، منشورات جامعة الجزائر، الجزء الثاني.

12) جبور عبد النور، سهيل إدريس، (1985)، المنهل القريب قاموس فرنسي – عربي، دار العلم للملايين، بيروت لبنان.

13) خير الزاد فيصل، (1984)، علاج الأمراض العقلية ، دار المعارف، مصر.

14) دافيدوف لندال ، (1988) ، مدخل إلى علم النفس، ترجمة أنطوان محمد نهرو و آخرون، الطبعة الثالثة، دار ماكجروجيل للنشر.

15) دردار فتحي حسين ، (1999)، الإدمان " المخدرات، التدخين، الخمر "، مكتبة بغدادي، الجزائر.

16) ريغ دانيال، (1983) ، معجم عربي فرنسي، فرنسي عربي ، مكتبة لاروس، السبيل.

17) عبد الخالق أحمد محمد ، (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة.

18) عبد الستار إبراهيم ، (1983) ، العلاج النفسي الحديث ، مكتبة مدبولي القاهرة ، مصر.
19) عبد المعطي حسن مصطفى ، (1998) ، علم النفس الإكلينيكي ، دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع ، القاهرة، مصر.
20) عطوف محمود ياسين ، (1981) ، علم النفس العيادي ، الطبعة الأولى ، دار العلم للملايين، بيروت لبنان.
21) عطوف محمود ياسين ، (1986) ، علم النفس العيادي ، الطبعة الثانية ، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
22) علي كمال ، (1983) ، " النفس : إنفعالاتها، أمراضها وعلاجها " الجزء الأول، الطبعة الرابعة، دار أوسط للدراسات و النشر و التوزيع، بغداد، العراق.
23) عيسوي عبد الرحمان ، (1974) ، القياس و التجريب في علم النفس و التربية ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع ، مصر.
24) عيسوي عبد الرحمان ، (1994) ، الأمراض السيكوسوماتية ، دار النهضة العربية ، بيروت، لبنان.
25) عيطور دليلة ، (1997) ، الضغط النفسي الإجتماعي لدى الممرضين ، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، غير منشورة ، الجزائر.
26) غريب عبد الفتاح غريب، (1985)، مقياس الإكتئاب، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
27) هديبل يمينة ، (1999) ، إتجاهات أمهات الأطفال المرضى بالربو و علاقتها بحدة النوبة ، رسالة ماجستير في علم النفس الإجتماعي ، غير منشورة ، الجزائر .

2 – قائمة المراجع الأجنبية :

28) Ait Khaled, N ; (1992), « L'asthme de l'adulte, données actuelles. E.N.A.G Edition. Alger.

29) Ait Khaled, N ; (1996), « Prise en charge de l'asthme de l'adulte. Guide pratique pour les pays à faible revenus.

30) Alexander, F ; (1977) , « La médecine psychosomatique. Ed Payot. Paris.

31) Andreoli, A ; Taban, CH ; et Garrone, L ; (1989), « Stress, dépression, et immunité : Nouvelles persepectives de recherche dans le domaine de la psycho-immunologie ». Ann – Med - Psychol, vol 147 n°1 (pp. 37 – 40).

32) Aubert, N ; (1989) , « Le stress professionnel ». Ed klincksiek. Paris.

33) Bariety, M ; et Choubrac, P ; (1961) , « Les maladies de l'appareil respiratoire ». Paris.

34) Bensabat, S ; Selye, H ; (1980) , « stress : de grandes spécialistes répondent ». Edition HACHETTE. Paris.

35) Berne, M ; (1984) , « stress une définition impossible ». Revue de médecine et hygiène n°42 (p 2240) .

36) Bouhadiba, T ; et al ; (1997) , « Place de l'environnement dans la prise en charge de l'asthme chez l'enfant ». Journal Algérien de Médecine, vol 7, n°2, Avril 1997.

37) Bousquet, J ; Mervardo, J.L ; Bataille, A ; et Michel, F.B ; (1982) , « Les testes in vitro dans le diagnostic de l'allergie ». Revue de médecine et hygiène n°40 , (pp.98-109) .

38) Carolyn, M ; Tracey, A ; (1987) , « Does coping help ? A reexamination of the relation between coping and mental health ». Journal of personality and social psychology, vol 53, n°2 , (pp337-340).

39) Charpin, D, (1984), « Définition et épidémiologie de l'asthme ». Editions Techniques، Encycl - Med- Chir (Paris - France), Poumon - Plèvre - médiastin 6039 A 20. p7.

40) Charpin, D ; (1986) , « Signes, formes cliniques, diagnostic et pronostic de l'asthme ».Edition techniques, Encycl - Med - Chir (Paris – France), poumon-plèvre - médiastin 6039 A 35, p 10 .
41) Chihab, M , (2000) , « Evaluation de l'application du consensus national pour la prise en charge de l'asthme de l'adulte en urgence ». Thèse pour le diplôme de docteur en sciences médicales. Université d'Alger.
42) Cohen، S ; Tyrreli , D.A , and Smith, A , (1993) , « Negative life events , percieved stress , négative effect and susceptibility to the common cold ». Journal of personality and social psychology vol 64, n°1, p135.
43) Cottraux, J, (1979), « Les thérapies comportementales ». Edition Masson , médecine , thérapie . Paris.
44) Cottraux, J, (1981), « Psychosomatique et médecine comportementale ». Edition Masson. Paris.
45) Cotrraux, J, (1984), « Clinique des thérapies comportementales ». Edition Pierre Mardagua.Belgique.
46) Cottraux, J, (1990)، « Thérapie cognitive de la dépression ». Edition Masson. Paris.
47) Dantchev, N , (1989) , « Stratégies de coping et patern A .Coronarogene. Revue de médecine psychosomatique, 17/18. (pp 22.28) .
48) Delamare, G , (1992) , « Dictionnaire des termes techniques de médecine ». Vol n°1 + vol n° 2 . O.P.U. Alger.
49) Diday, E, et al, (1982) , « Eléments d'analyse de données » . Edition Bordas. Paris.
50) Fieffer, P ; Fifield , J, (1987) , « Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease » .Journal of personality and sosial psychology. Vol 53,n°2, p 273.
51) Ferreri, M ; Vacher,Y ; et Albey , J.M , (1993) , « Dépression et événements de vie ». EMC. Edition techniques. Paris.
52) Ferreri, M ; Bottero, A ; et Albey , J.M , (1993) , « Sémiologie des états dépressifs de l'adulte ». Edition technique. Encycl – Med – Chir. (Paris - France) psychiatrie,37110 A10, p20.

53) Folkman, S ; Lazarus, R.S ; (1984) , « Stress, appraisal and coping ». Springer . Publishing company.

54) Folkman, S ; Lazarus, R.S ; Gruen, R.J ;et Delongis, A , (1986) ,« Appraisal , coping , health status and psychological symptoms ». Journal of personality and social psychology n° 3, p571.

55) Fontaine, O ; et Rogment, J ; (1984) , « Les thérapies comportementales, approche théorique ». Edition techniques. Encycl- Med- Chir. (Paris–France) psychiatrie 37820 A40, p16.

56) Fortin, J ; (1973) , « Petit dictionnaire français » . Edition Larousse. .

57) Freden, L ; (1982) , « Les aspects psychosociaux de la dépression ». Edition Pierre Marguada .Belgique.

58) Giacobi, R ; (1975) , « L'asthme ». Edition Robert Laffont. Paris .

59) Godard, P.H ; Bousquet, J ; et Michel, F.B ; (1985) , « Etiopathogenie de l'asthme ». Edition Techniques. Encycl –Med- Chir .(Paris-France). Poumon 6039 A 30, p10.

60) Guyotat, J ; (1990) , « Etats dépressifs ». In encyclopedia uiversalis. Editeur A Paris.

61) Halperne, B ; et Revillard , J.P ; (1989) , « Allergie et hypersensibilité ». In encyclopédia universalis , vol n°1. Paris .

62) Herbert, T ; and Cohen , S ; (1994) , « Stress and illness ». Encyclopedia of human behavior , vol n°4 . (pp325-332) .

63) Horenby , A.S ; (1995) , « Oxford advanced learner's dictionary of current englich ». Editor "Jonathan Crowther ". Assistant Editor " kathryn kavanagh ". Phonetics Editor " Michael Ashby ".Oxford University Press .

64) Ikhlef , A ; (1994/1995) , « Stress and illness, the prospective effects of coping efficacy ». Revue algerieene de psychologie et des sciences de l'éducation n 6, P109 .

65) Jeannet, P.H ; et al ; (1980) , « Abrégés psychologiques médicale ». Edition Masson . Paris .

66) Kacha , F ; (1996) ; « Psychiatrie et psychologie médicale à l'usage de l'etudiant ». Entreprise nationale du livre. Alger .

67) Kasl , S.V ; (1984) ; « Stress and health ». Annual review of public health n° 5 , p 319 .

68) Knith , A ; (1994) ; « Comment vaincre l`asthme et resperer librement ». Les éditions la boetie des deux coqs d`or . Paris .

69) Labbe , A ; (1998) ; « Asthme du nourrisson et du petit enfant ». Edition Arnette Blackwell.

70) Lamenager , J ; et Brun , J ; (1980) ; « L`asthme ». Edition Masson. Paris .

71) Lazarus , R.S ; (1993) ; « From psychological stress to the emotions : A history of changing out looks ». Revue psychologique vol 44 , p 15 .

72) Lechemia , D ; (1995) ; « Les dépressions- de la prevention à la guerison ».Edition Dahlab , collection santé pour tous .

73) Lefcourt , H.M ; Martin, R.A ; et Saleh , W.E ; (1984), « Locus of control and social support : interactive moderators of stress ». Journal of personality and social psychology n 47 , p387.

74) Levenstein, S ; Prantera C ; et al ; (1993), « Developement of perceived stress questionnaire , a new tool for psychosomatic research ». Journal of psychosomatic research vol 37, n 1.

75) Maddi, S.R ; Kobasa , S.C ; et Kahn, S ; (1982), « Hardiness and health : a prospective study ». Journal of personality and social psychology n°42 , p168.

76) Marty, P ; (1976) , « Mouvements individuels de vie et de mort ». Essai d'économie psychiatriques. Edition Payot. Paris.

77) Michel, F.B ; Bousquet, J ; (1995), « Les allergies ». Edition Dominos Flamarion.

78) Miller, S.M ; (1980), « A perspective on the effects of stress and coping on disease and health ». In Levine , S ; and Hursin , H ; éditions . New York.

79) Molinal, R ; (1980) ; « Etat de mal asthmatique ».Edition Masson . Paris .

80) Moussaoui, D ; (1992) ; « Mannuel de psychiatrie du praticien magrebin ». Edition Masson . Paris .

81) Nafti, S ; et al ; (1992) ; « Guide pratique à l`usage du medesin generaliste , prise en charge de l`asthme de l`adulte). Consensus national .

82) Nafti, S ; et al ; (1998) ; « Revue medicopharmaceutique, guide pratique à l`usage du medecin generaliste », n° 1 .janvier-fevrier .

83) Paulhan, I ; et al ; (1994) ;« La mesure du coping:traduction et validation francaise de l`echelle de vitaliano et al (1985) ». Ann-Med-Psychol n° 5 .

84) Paulhan, I ; Verdoux, H ; Bourgeois, M ; et Schweitzer, M ; (1994) ; « Les styles de vie à risques: type (A), type (C). Annales medico-psychologiques ,p 152.

85) Paulhan, I ; Bourgeois, M ; (1998) ; « Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité ». Deuxième édition. PUF.

86) Paupe, J ; Scheinmann, P ; et Deblic, J ; (1994); «Allergolgie pédiatrique ». Edition Flammarion .

87) Pretet, S ; (1986) ; « Surveillance de l`asthmatique ».La revue du praticien n ° 20, p 1111.

88) Rees, J ; et Price, J ; Trad: Bruno, F ;et Dhont, P ; (1991); «ABC de l`asthme». Le British medical journal. Premiere édition francaise.

89) Rivolier, J ;(1989) ; « L'homme stressé ». PUF. Paris.

90) Sarason, I.G ; Levine, H.M ; Basham, R.B ; et Sarason , B.R ; (1986) ; « Assessing social support : the social support questionnaire ». Journal of personality and social psychology, n°44, p127,p 139.

91) Scheivrer, P ; (1978) ; « approche clinique de la psychiatrie ». SIMEP. Paris.

92) Schweitzer, M.B ; et Dantzer, R ; (1994) ; « Introduction à la psychologie de la santé ». Première édition .PUF. Paris .

93) Sillamy, N ;(1996) ; « Dictionnaire de psychologie».Librairie Larousse.

94) Solomon, Z ; Mikulincer, M ; et Flum, H ; (1998) ; « Negative life events , coping responses and combat related psychopathology: a prospective study ». Journal of abnormal psychology n° 97, p 302 .

95) Solomon, Z ; Mikulincer, M ; et Avitzeur, E ; (1988) ; « Coping, locus of control, social support and combat-related post-traumatic stress disorder : a prospective study ». Journal of personality and social psychology, n° 55, p 279, p 283.

96) Stroud, A.H ; (1997) ; « Vaincre l'anxiété et le stress ». , Edition connaissance du monde – collections sciences médicales et santé .

97) Thomas, J ; (1990) ; « Les maladies psychosomatiques ». Edition Hachette.

98) Tunon, M ; (2000) ; « L'asthme». Dossier spécial du figaro magazine , 25 mars 2000 .

99) Valentiner, D ; et Moos, H ; (1994) ; « Social support , appraisals of event controllability and coping ». Journal of personality and social psychology , vol 66 n° 6 .

100) Vialatte, J ; (1983) ; « l'asthme ». Edition Bouchène. PUF. Paris .

101) Xavier, S ; et al ; (1977) ; « Modification du comportement». Edition Margada et Dessart . Bruxelles .

102) Yellowees, P.M ; (1987), « The treatment of psychiatric disorders in patients with chronic airways obstruction ». Journal of australia ,vol 147, n°5 .

103) Longman : Active study dictionary of English ; (1991). New Edition .

104) Dictionnaire anglais-français ; fançais-anglais. Berlitz dictionaries ; (1996). Edition Hallwag. London .

الملاحق

الملحق رقـــم (01)

الإستبيـــــــان

نحن بصدد إنجاز بحث علمي في إطار تحضير رسالة الماجستير في علم النفس بجامعة الجزائر.

لهـــذا الغرض نضع أمامك هذا الإستبيان الذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة، بعضها مغلق و نرجو منك الإجابـــة عـــنها بـــ " **نعم** " أو " **لا** " بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، و البعض الآخر مفتوح يتطلب منك ملأ الفراغ.

ننتضـــر مـــنك الإجابـــة علـــى الأسئلة بكل صدق و صراحة، و نتعهد لك بالسرية التامة على كافة المعلومات التي ستتفضل بتقديمها لنا.

رقم الملف

تاريخ اليوم

اليوم الشهر السنة

I/ بيانات شخصية :

1 - اللقب :

2 - الإسم :

3- الجنس : أنثى ذكر

4- السن :

5 - مقر السكن (العنوان) :

6 - الحالة المدنية :

أعزب مطلق

عزباء مطلقة

متزوج أرمل

متزوجة أرملة

7- المستوى التعليمي :

إبتدائي متوسط ثانوي جامعي

8- المهنة :

9- الوضع الإقتصادي :

ضعيف متوسط جيد

10 - عدد أفراد الأسرة :

الملحق رقـــم (02)

إستبيان إدراك الضغط لـــ ليفنستاتين LEVENSTEIN (P.S.Q)

التعليـــمــــات

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما و ذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين.

أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك، و أحرص على و صف مسار حياتك خلال هذه المدة.

	البنود	تقريبا أبداً	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعـــــــــــر بالراحـــــة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة				
06	تجد نفسك في مواقف صراعية				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
08	تشعر بالتعب				
09	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لإتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت ملئ بالحيوية				

	البنود	تقريبا أبداً	أحياناً	كثيراً	عادة
14	تشعر بالـتــــوتـــــر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16	تشعر بأنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن و الحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تمتع نفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزماً بها و ليس لأنك تريدها				
24	تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم				
25	أنت شخص خال من الهموم				
26	تشعر بالإنهاك أو تعب فكري				
27	لديك صعوبة للإسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت				

الملحق رقم (03)

مقياس باك Beck للإكتئاب (B.D.I)

التعليـــمـــات

إليك مجموعات مــن العــبارات الــرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى. ثم قم بوضع دائرة◯ حول رقم العبارة **0** أو **1** أو **2** أو **3** و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم.

إن وجدت أنه في المجموعة الواحدة تبدو لك عدة عبارات ملائمة فضع دائرة على الأرقام الموافقة.

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد أنك قد أجبت على كل المجموعات.

1) 0 أنا لا أشعر بالحزن.

1 أنا أشعر بالحزن و الكآبة.

2 أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.

3 أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

2) 0 أنا لست متشائما على وجه الخصوص أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

1 أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

2 أنا أشعر أنه ليس لدي شئ أتطلع إليه في المستقبل.

3 أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

3) 0 أنا أشعر بأنني شخص فاشل.

1 أنا أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط.

2 كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء كل ما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل.

3 أنــــا أشـــعـــــر بـــأنــــــي شــخـــــص فـــــاشــــــل تمــــامــــا.

4) 0 أنا لست غير راضي.
1 أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.
2 أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن.
3 أنا غير راضي عن كل شيء.

5) 0 أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.
1 أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.
2 أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.
3 أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

6) 0 أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
1 أنا فاقـــد الأمـــل في نفسي.
2 أنا مشمـــئز من نفـــــسي.
3 أنا أكـــــــــره نفـــسي.

7) 0 أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي.
1 أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذ.
2 أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .
3 لو استطعت .... لقتلت نفسي.

8) 0 أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.
1 أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.
2 أنا فقدت أغلب اهتماماتي بالناس و لدي مشاعر قليلة تجاههم.
3 أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس و لا أهتم بهم على الإطلاق.

9) 0 أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل.
1 أنا أحاول تجنب اتخاذ القرارات.
2 أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.
3 أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن.

10) 0 أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل.
1 أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.
2 أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.
3 أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر.

11) 0 أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.
1 لا بد علي أن أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.
2 يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.
3 أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

12) 0 أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.
1 أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.
2 أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.
3 أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

13) 0 شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد.
1 شهيتي للأكـل أسـوأ الآن.
2 شهيتي أصبحت أسـوأ الآن .
3 أنا ليست لي شهية للأكل نهـائيا.

الملحق رقم (04)

مقياس المقاومة لبولهان PAULHAN و آخرون

التعليــمــات

1- صف موقفا عِشْتَــه خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسك بالأخص أو أزعجك).

2- حدد شدة الإنزعاج و التوتر الذي سببه لك هذا الموقف:

منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐

3- أشر بالعلامة (X) إلى الإستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها أم لم تستعملها في مواجهة هذا الموقف:

	البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
01	و ضعت خطة عمل و اتبعتها				
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاءلا و حسما				
03	حدثت شخصا عما أحسست به				
04	كافحت لتحقيق ما أردته				
05	تغيرت إلى الأحسن				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل				
09	ركــزت على جانب إيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				

	البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حدثت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أنبت نفسي				
15	احتفظت بمشاعري لنفسي				
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف				
17	جلست أو تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه				
18	حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطرت لي				
19	رفضت التصديق أن هذا قد حدث فعلا				
20	أدركت بأنني سبب المشاكل				
21	حاولت عدم البقاء لوحدي				
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن				
23	قبلت عطف و تفهم شخص				
24	و جدت حلا أو حلين لمشكلة				
25	حاولت نسيان كل شيء				
26	تمنيت لو استطعت تغيير موقفي				
27	عرفــت ما ينبغي القيام به و ضاعفت مجهوداتي و بذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد				
28	عدلــت شــيء فــي ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل				
29	نقدت نفسي أو وبختها				

الملحق رقم (05)

الجدول رقم (10) : درجات أفراد العينتين على استبيان ادراك الضغط ل " ليفينستاين "

الضغط	العينة		المجموع
	1	2	
.14	1		1
.19		1	1
.22		1	1
.23		1	1
.24	1		1
.25		1	1
.27	2	1	3
.28	2		2
.29		1	1
.30	1	3	4
.31	1	2	3
.32	1		1
.33		1	1
.34	1	1	2
.35	2		2
.37	1	2	3
.38	1		1
.39	1	2	3
.40	4	4	8
.41		1	1
.42	3		3
.43	2	2	4
.44	2		2
.45	2	1	3
.46	1	3	4
.47	3		3
.48	3	4	7
.49		3	3
.50		1	1
.51		2	2
.52	1	1	2
.53		1	1
.54	1	1	2
.55		1	1
.57		1	1
.58		3	3
.59		2	2
.60	1	2	3
.61	2	1	3

.62		1	1
.63	1	1	
.64		1	1
.65		2	2
.67	1	2	3
.68		1	1
.69		1	1
.70		1	1
.71		1	1
.73	2		2
	44	62	106

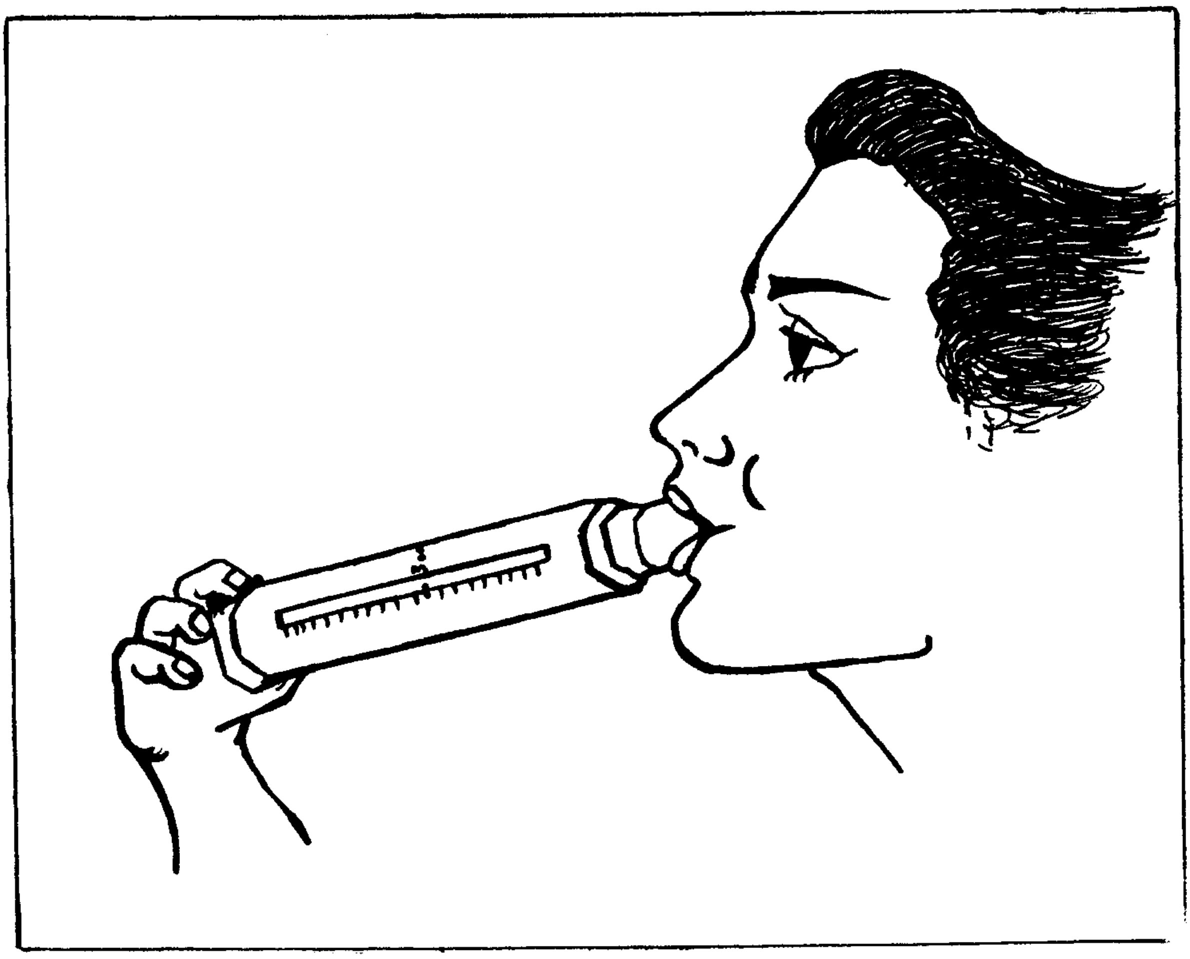
الجدول رقم (12) : درجات أفراد العينتين على مقياس الإكتئاب ل" باك"

الإكتئاب	العينة		المجموع
	1	2	
.00	1		1
1.00	1		1
2.00	1		1
3.00	1	2	3
4.00		1	1
5.00	2	1	3
6.00	1	2	3
7.00	1	4	5
8.00	1	2	3
9.00	1	3	4
10.00	4	3	7
11.00	3	1	4
12.00	1	5	6
13.00	3	3	6
14.00	3	1	4
15.00	2	3	5
16.00	2	2	4
17.00	2	1	3
18.00		3	3
19.00		2	2
20.00		1	1
22.00	3	2	5
23.00	1	2	3
24.00	2	2	4
25.00		2	2
26.00	3	2	5
27.00	1	1	2
28.00	1	2	3
29.00	1	1	2
30.00		1	1
31.00		3	3
32.00		2	2
33.00	1		1
34.00	1		1
35.00		1	1
37.00		1	1
	44	62	106

الملحق رقم (06)

كيفية استعمال أداة قياس معدل الزفير

1 – Placer un embout à l'extrémité du débit – mètre et le curseur sur le zéro (en bas de l'échelle).
2 – Dans la position debout, prenez le débit – mètre horizontalement dans la main en prenant garde de ne pas gêner le mouvement du curseur.
3 – prendre une inspiration profonde, serrer les lèvres autour de l'embout et expirer aussi rapidement que vous pouvez (comme pour éteindre une bougie ou pour gonfler un ballon).
4 – Noter le résultat donné par la nouvelle position du curseur.
5 – Recommencez 2 fois la manœuvre. Le résultat le plus élevé sera retenu et enregistré pour cette mesure.



الملحق رقم (07)

Valeurs normales prévus du débit expiratoire de pointe (litres / minutes)

Hommes (déviation standard 48 litres / minute)												
Age Taille	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
1.60m	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544	534
1.68m	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556	546
1.75m	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568	558
1.83m	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578	568
1.90m	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589	579

Femmes (déviation standard 42 litres / minute)												
Age Taille	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
1.45m	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400	385
1.52m	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410	396
1.60m	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422	407
1.68m	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434	418
1.75m	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445	428

Enfants (déviation standard 13 %)												
Taille Cm	91	99	107	114	122	130	137	145	152	160	168	170
Moins de 15 Ans	100	120	140	170	210	250	285	325	360	400	440	480